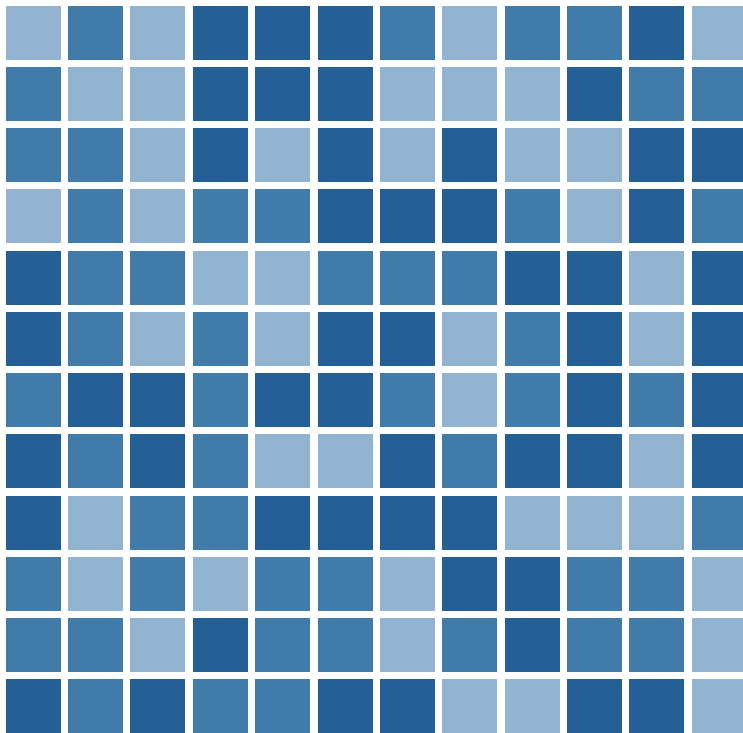


Kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården

Ett komplement till Öppna jämförelser
från ett urval kvalitetsregister

2012



Kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården

Ett komplement till Öppna jämförelser
från ett urval kvalitetsregister

**Kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården
- Ett komplement till Öppna jämförelser
från ett urval kvalitetsregister**

kan beställas eller laddas ner från

Sveriges Kommuner och Landsting

www.skl.se/publikationer

e-post: order@kommentus.se

ISBN 978-91-7164-922-5

Sveriges Kommuner och Landsting 2013

Upplaga: 1 000 ex

Produktion: Ordförandet AB

Tryck: åtta.45, Solna

Förord

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ger tillsammans med Socialstyrelsen ut rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, där ett stort antal kvalitetsindikatorer redovisas.

I denna rapport presenterar SKL ett 30-tal ytterligare kvalitetsindikatorer, hämtade från elva nationella kvalitetsregister, som en del i syftet att presentera underlag för att förbättra vården genom att understödja utveckling av kvalitetsindikatorer baserade på Nationella kvalitetsregister som källa och att etablera en öppen publicering av dem.

Projektledare vid SKL har Katarina Wiberg Hedman varit. Merparten av det praktiska arbetet med att sammanställa rapporten har utförts av Martin Lindblom, SKL, Anna Sandelin, Registercentrum i Västra Götaland, samt Fredrik Westander, konsult.

Ett varmt tack riktas till företrädare från kvalitetsregister och andra som medverkat till rapporten genom att lämna data och underlag för texter.

Göran Stiernstedt

Avdelningschef

Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

Inledning	7
Redovisning av kvalitetsindikatorer	10
SEKUNDÄRPREVENTION EFTER HJÄRTINFARKT - SEPHIA, SWEDEHEART	
1 Deltagande i uppföljning.....	11
2 Deltagande i program för fysisk träning.....	13
3 Rökstopp efter hjärtinfarkt.....	15
4 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol.....	17
5 Måluppfyllelse för blodtryck.....	19
DIAGNOSTIK AV HJÄRTSVIKT - RIKSSVIKT	
6 Ekokardiografi vid hjärtsvikt.....	21
BEHANDLING AV FETMA HOS BARN - KVALITETSREGISTRET BORIS	
7 Behandlingsresultat efter ett år	23
8 Mätning av fasteblodssocker.....	25
DEMENS SJUKDOM - SVEDEM	
9 Basal demensutredning som underlag för demensdiagnos	26
10 Läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom.....	27
VÅRD VID ÄTSTÖRNING - RIKSÄT	
11 Fri från ätstörningsdiagnos efter behandling	30
12 Förbättrad funktionsförmåga vid ätstörning	30
BIPOLÄR SJUKDOM - KVALITETSREGISTRET BIPOLÄR	
13 Deltagande i patientutbildning	32
14 Behandling med litium	34
15 Förbättrad funktionsförmåga efter behandling	35
RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD - KVALITETSREGISTRET RÄTTSPSYK	
16 Patientens självrapporterade hälsa	36
17 Förbättrad symtombild.....	38
18 Förbättrad skuldsituation	39
KRONISKT OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM - LUFTVÄGSREGISTRET	
19 Spirometri vid KOL.....	42
20 Tillfrågats om rökning vid KOL	43
21 Dietistkontakt vid lågt BMI	44
22 Influensavaccination vid KOL	45

PALLIATIV VÅRD - PALLIATIVREGISTRET

23	Täckningsgrad för palliativregistret.....	47
24	Förekomst av trycksår av grad 2-4.....	48
25	Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel	49
26	Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	50
27	Regelbunden användning av symtomskattningsinstrument.....	51

OPERATION FÖR GIFTSTRUMA OCH PHPT - KVALITETSREGISTRET SQ RTPAS

28	Stämbandsförlamning efter operation för giftstruma	53
29	D-vitaminbehandling (bisköldkörtelskada) efter operation för giftstruma.....	54
30	Kvarstående höga kalkvärden (hyperkalcemi) efter operation av PHPT	56

HÖRSELFÖRBÄTTRANDE OPERATION - OTOSKLEROSREGISTRET

31	Hörselförbättring efter operation	58
32	Patientskattat resultat av hörselförbättrande operation.....	60

MÄTMETODER VID LABORATORIER KAN PÅVERKA UPPMÄTT KVALITET

A	Mätkvalitet avseende LDL-kolesterol	62
B	Mätkvalitet avseende långtidsblodssocker - HbA1c	63

Indikatorbeskrivning	65
-----------------------------	-----------

Inledning

RAPPORTENS BAKGRUND OCH SYFTE

Hösten 2012 publicerade Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen den sjunde rapporten av *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Ett stort antal kvalitetsindikatorer redovisades. Ändå speglar rapporten bara delar av hälso- och sjukvården. Även på de vårdområden där det finns ytterligare kvalitetsindikatorer tillgängliga är det inte möjligt att i en återkommande tryckt publikation kunna visa alla indikatorer för mer än ett urval aspekter av vårdens kvalitet, eller ens att täcka in alla områden.

Det finns, helt oavsett vilka indikatorer som kan visas i rapporten *Öppna jämförelser*, en förväntan på nationella kvalitetsregister att de skall ha en öppen redovisning av kvalitetsmått. Dessa redovisas som regel i registrets årsrapport eller via hemsidor, men det finns även ett behov av att skapa en lätt tillgänglig publiceringslösning för dessa kvalitetsindikatorer. SKL arbetar med denna och liknande frågeställningar under 2013.

Denna rapport är en del i denna ambition. Här har samlats en rad ytterligare kvalitetsindikatorer med nationella kvalitetsregister som källa, utöver de som visades i rapporten *Öppna jämförelser*. Det är inte självklart att SKL under kommande år kommer att publicera en skriftlig extrarapport för dessa och andra indikatorer. I takt med att fler och fler kvalitetsregister öppet vill redovisa kvalitetsmått växer istället behovet av en webbpublicering.

Syftet med denna rapport är snarlikt huvudrapportens: Att främja vårdens förbättringsarbete genom att vara ett underlag för landstingens ledning och styrning av hälso- och sjukvården samt att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn för såväl medborgare som patienter. Flera av indikatorerna är från register där det finns ett behov av bättre täckningsgrad, så ett viktigt syfte med denna rapport är att bidra till ökad täckningsgrad och bättre kvalitet i data för dessa register.

URVAL OCH REDOVISNING AV INDIKATORER

Totalt visas data för 34 kvalitetsindikatorer, hämtade från elva kvalitetsregister. Två av dem är inte egentliga kvalitetsindikatorer, utan speglar tillförlitligheten i laboratoriediagnostik. Detta är en relevant men sällan uppmärksammas aspekt på kvalitetsmätning.

Urvalet av indikatorer är baserat på förslag från kvalitetsregister. Under arbetet med den större rapporten *Öppna jämförelser* har genom åren kvalitetsregister antingen ombetts lämna förslag på indikatorer att visa eller själva föreslagit lämpliga mått.

FÖRTECKNING ÖVER ANVÄNDA KÄLLOR

- Equalis AB
- SWEDEHEART - SEPHIA
- RiksSvikt
- SveDem – Svenska Demensregistret
- RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörning
- Bipolär – Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom
- RättsPsyK
- BORIS – Barnobesitasregister i Sverige
- Skandinaviska kvalitetsregistret för sköldkörtel-, bisköldkörtel- och binjurekirurgi
- Luftvägsregistret
- Otosklerosregistret, ÖNH-registret
- Svenska Palliativregistret

Resultatredovisning sker uppdelat per kvalitetsregister. För varje indikator finns värden som presenteras i diagram- eller tabellform. Som stöd för tolkningen av indikatorn finns även en kort beskrivande text. Ytterligare diagram- och datamaterial finns tillgängliga på SKLs hemsida; http://www.skyl.se/vi_arbetar_med/oppnajokforelser/halso_och_sjukvard

Indikatorerna presenteras på ett vis snarlikt det i Öppna jämförelser, dock utan summerande resultattablå. Det finns även andra skillnader, som regel beroende på tillgång till data eller att patientantalet är litet. Sjukhusredovisning förekommer i lägre utsträckning. Detsamma gäller data för jämförelseår i det publicerade diagrammet. Eftersom patientunderlaget som regel är litet görs ingen könsuppdelning av data i den tryckta rapporten, och bara undantagsvis i det datamaterial som är tillgängligt på SKLs hemsida.

TOLKNING AV RESULTAT

Jämförelser och diagram presenteras på samma sätt som i huvudrapporten, så att ett bättre resultat medför placering högt i diagrammen. Texterna till varje diagram finns som tolkningsstöd, men generellt skall resultaten tolkas med försiktighet på grund av små tal, lägre och ojämn täckningsgrad samt det faktum att flera indikatorer är förhållandevis nya. Ingen färgkodning görs heller i denna rapport. När målnivåer finns anges dessa i texten.

För ytterligare orientering om tolkningsproblem kan läsaren med fördel läsa det avsnitt i huvudrapporten Öppna jämförelser som behandlar frågor om tolkning av kvalitetsjämförelser.

NATIONELLA KVALITETSREGISTER

De Nationella kvalitetsregistren är av tradition och genom styrgrupper förankrade i hälso- och sjukvårdens olika professioner. Syftet är främst att driva förbättringsarbeten och följa utvecklingen inom olika sjukdomsområden.

Det första kvalitetsregistret startade i slutet av 70-talet och idag, 2013, finns 78 register i drift med stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Ytterligare ett 30-tal register är så kallade registerkandidater som är under uppbyggnad och får även de ett visst ekonomiskt stöd.

På hemsidan för Nationella kvalitetsregister (www.kvalitetsregister.se) kan man läsa om de nationella kvalitetsregistren.

Redovisning av kvalitetsindikatorer

SEKUNDÄRPREVENTION EFTER HJÄRTINFARKT - SEPHIA, SWEDEHEART

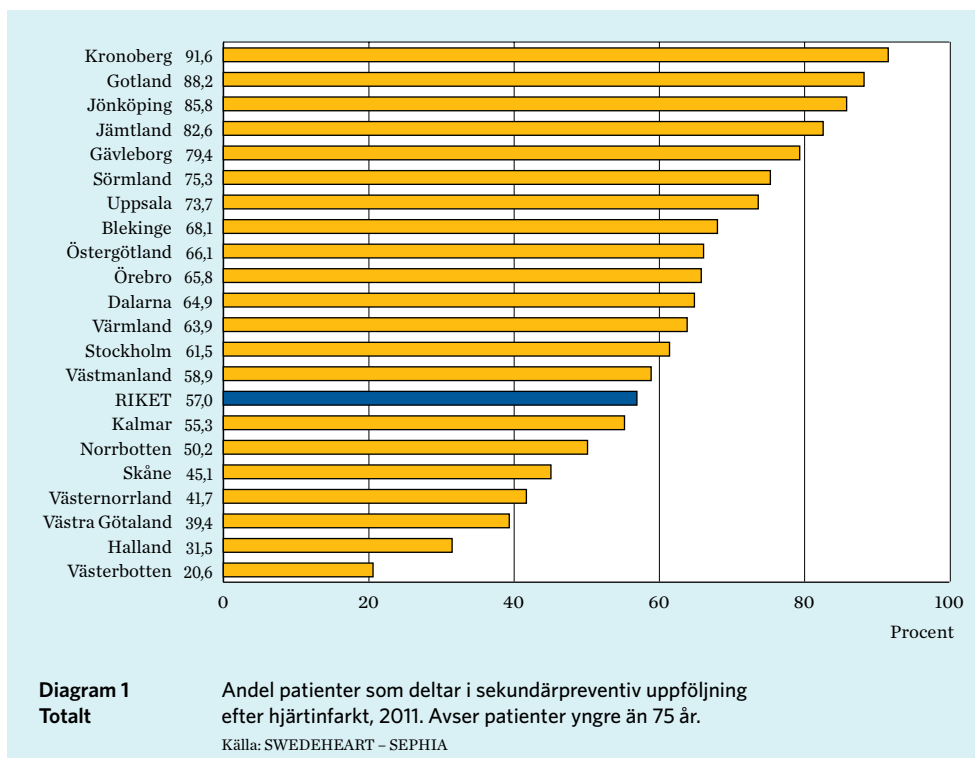
RIKS-HIA, den del av SWEDEHEART som registrerar uppgifter om bland annat vård vid akut hjärtinfarkt har fram till nu haft ett kvalitetsindex som betonat insatser i det akuta skedet. För flera av de nio kvalitetsmåten i indexet har måluppfyllelsen nu blivit så hög att det inte längre är meningsfullt att främst uppmärksamma dessa mått.

2012 lanserades istället ett nytt kvalitetsindex, där fem av elva indikatorer speglar sekundärprevention. De är alla hämtade från SEPHIA, det register inom SWEDEHEART som speglar sekundärprevention efter hjärtinfarkt. Alla fem visas här:

- Andel som registrerades i SEPHIA
- Andel som slutat röka
- Andel som deltagit i fysiskt träningsprogram
- Andel som når behandlingsmål för blodtryck
- Andel som når behandlingsmål för LDL-kolesterol

Till SEPHIA rapporteras data för patienter som förekom i RIKS-HIA. Täckningsgraden för SEPHIA, i meningen andelen av alla patienter under 75 år som haft hjärtinfarkt, kan därför bedömas först efter att hänsyn tagits till RIKS-HIAS täckningsgrad. Drygt 70 procent av alla hjärtinfarktsfall fanns i RIKS-HIA för 2011.

Till SEPHIA rapporterade 62 av RIKS-HIAS 71 sjukhus data för 2011, dock i vissa fall enbart ett fåtal patienter. För SEPHIA-aktiva sjukhus var den genomsnittliga täcknings- eller deltagandegraden 75 procent för den första uppföljningen (som sker inom 10 veckor efter utskrivning från sjukhus).



1 Deltagande i uppföljning

Mått på deltagande i uppföljning (täckningsgrad) är ingen kvalitetsindikator i sig, men ett högt deltagande är däremot en förutsättning för att kunna följa upp kvalitet och för att kunna tolka resultaten av kvalitetsjämförelser. Detta är motivet till att måttet ingår i SWEDEHEARTs kvalitetsindex för hjärtinfarktvård. I SEPHIA mäts deltagandegraden för två olika uppföljningar, dels 6–10 veckor efter utskrivning från sjukhus, dels efter 12–14 månader. Här visas deltagandet i den andra uppföljningen.

Diagram 1 visar andelen patienter med hjärtinfarkt i RIKS-HIA som deltog i SEPHIAS uppföljning 12–14 månader efter utskrivning från sjukhuset. Enbart patienter som är yngre än 75 år ingår. Avlidna patienter är exkluderade.

I riket var andelen som deltog 57 procent, knappt 5 500 patienter av totalt cirka 9 600 i målgruppen. Det är stora variationer mellan landstingen, med värden från 21 till över 91 procent. I SWEDEHEARTS kvalitetsindex för sjukhusen är gränserna för poäng (således en slags målnivå) satta till 75 respektive 90 procent.

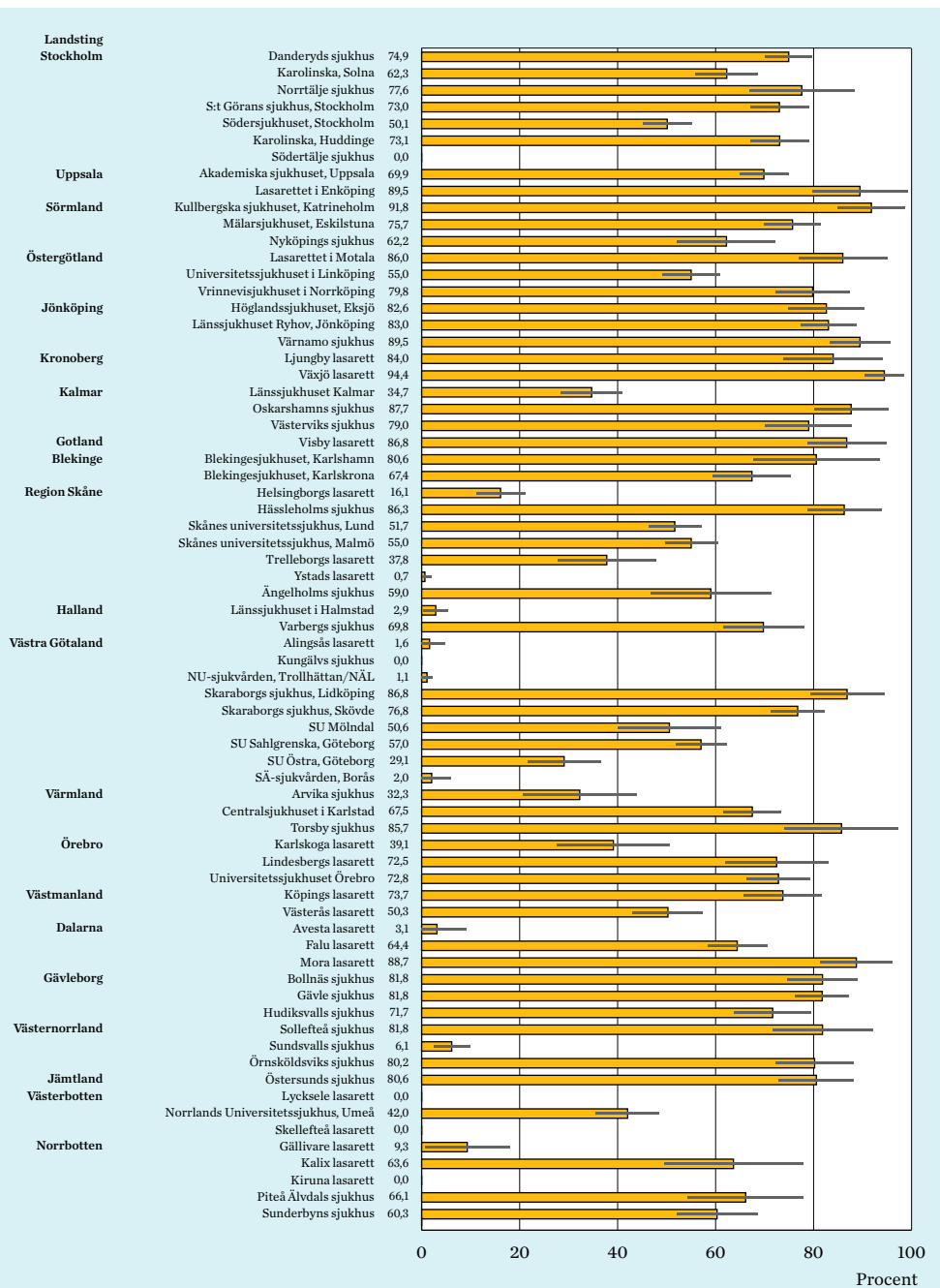
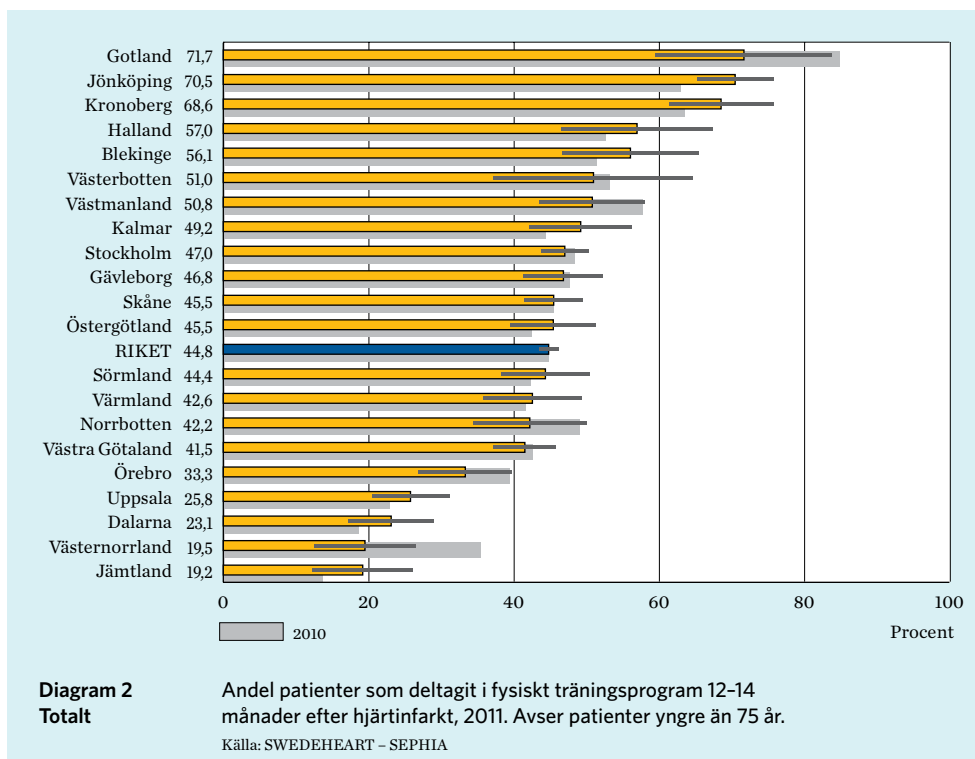


Diagram 1
Sjukhus

Andel patienter som deltar i sekundärpreventiv uppföljning efter hjärtinfarkt, 2011. Avser patienter yngre än 75 år.

Källa: SWEDEHEART – SEPHIA

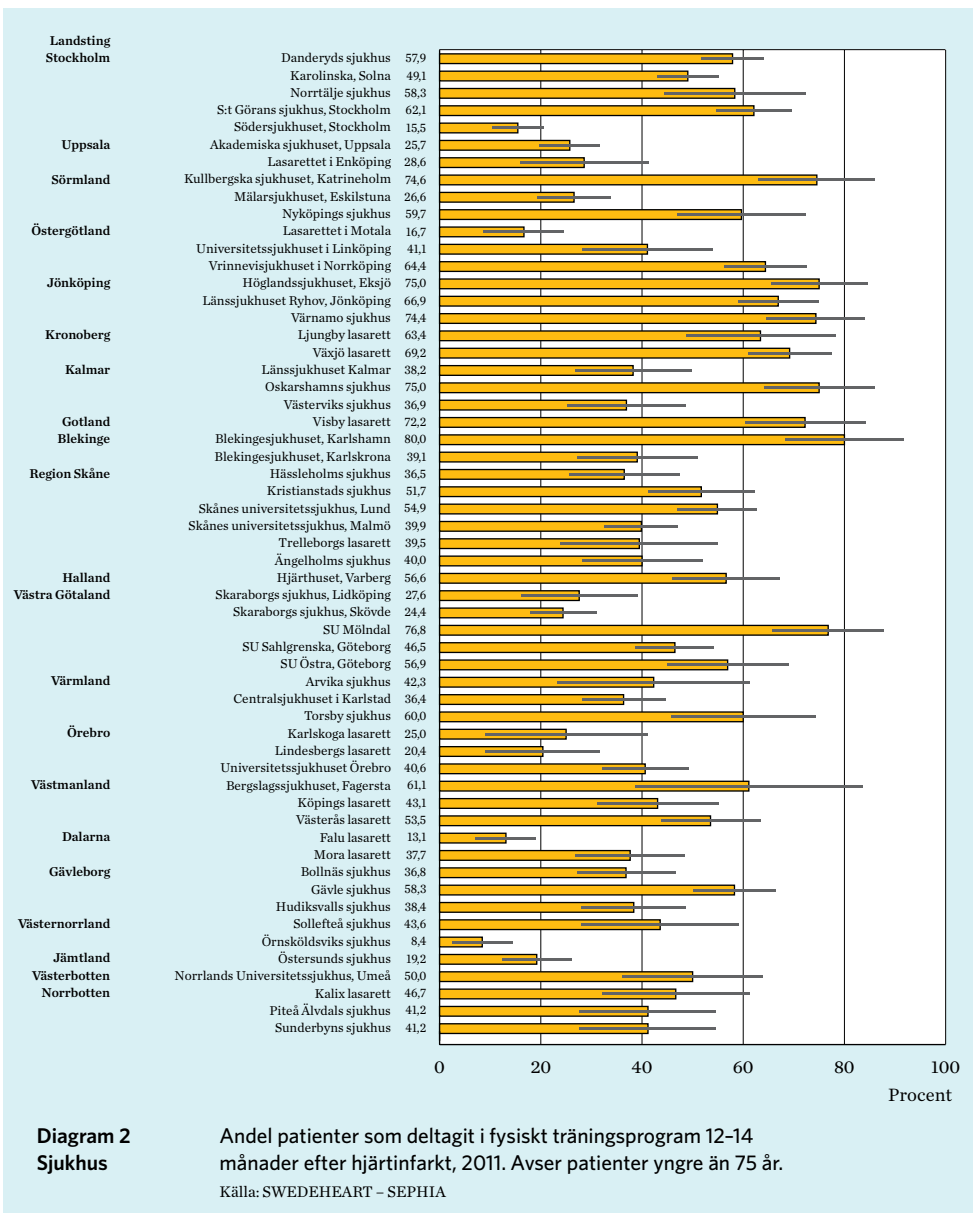


2 Deltagande i program för fysisk träning

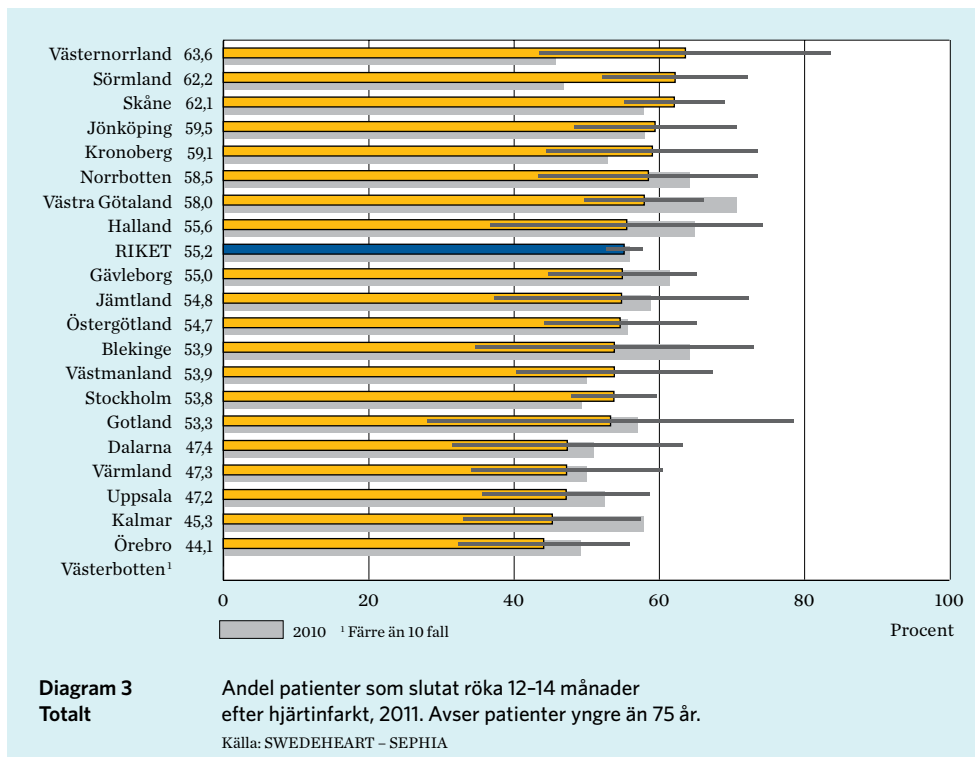
I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård har fysisk träning hög prioritet och det finns starkt stöd för att träning har en positiv påverkan på samtliga riskfaktorer för hjärtsjukdom.

Personer som haft hjärtinfarkt löper högre risk att få en ny infarkt eller annan hjärt-kärlsjukdom. Ett av flera inslag för att förebygga ny sjukdom är därför fysisk aktivitet och fysisk träning. För sekundärprevention vid ischemisk hjärtsjukdom är det fysisk träning med tillräckligt hög intensitet som har visat sig vara effektivt. För hjärtrehabilitering innebär detta framförallt träning av kondition för att öka syreupptagningsförmågan och muskelträning för en bättre muskelfunktion.

Diagram 2 visar andelen patienter som inom 12–14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram under mätperioden. Jämförelsen baseras på drygt 5 200 patienter yngre än 75 år, varav två tredjedelar var män. I riket hade knappt 45 procent av patienterna deltagit i träningsprogram, med en spridning mellan landsting från 19 till över 70 procent.



I SWEDEHEARTs kvalitetsindex för sjukhus är poänggränserna (målnivåerna) 50 respektive 60 procent, men i princip skulle alla patienter dra nytta av deltagande. Fysisk träning är i många landsting och sjukhus därför ett underutnyttjat inslag i sekundärprevention efter hjärtinfarkt.



3 Rökstopp efter hjärtinfarkt

Rökning är en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom. Drygt 30 procent av alla hjärtinfarktpatienter i RIKS-HIA är rökare och lika många har tidigare varit rökare. För den rökande hjärtinfarktpatienten är rökstopp därför en viktig åtgärd för att minska risken för återinsjuknande i hjärt-kärlsjukdom. I SEPHIA registreras inte uppgifter om förekomsten av stöd för rökavvänjning, men uppgift om rökning fångas vid båda uppföljningstillfällena, utöver vid insjuknandet.

I diagram 3 visas andelen rökande patienter som vid uppföljning 12–14 månader efter hjärtinfarkten hade slutat röka. Jämförelsen baseras på drygt 1 500 patienter yngre än 75 år. I riket hade drygt 55 procent slutat röka. Skillnaderna mellan de flesta landsting är jämförelsevis måttliga och varierar från 44 till knappt 64 procent.

I SWEDEHEARTs kvalitetsindex för sjukhus är poänggränserna (målnivåerna) satta till 60 respektive 70 procent, vilket innebär att bara få landsting och sjukhus når upp till dem.

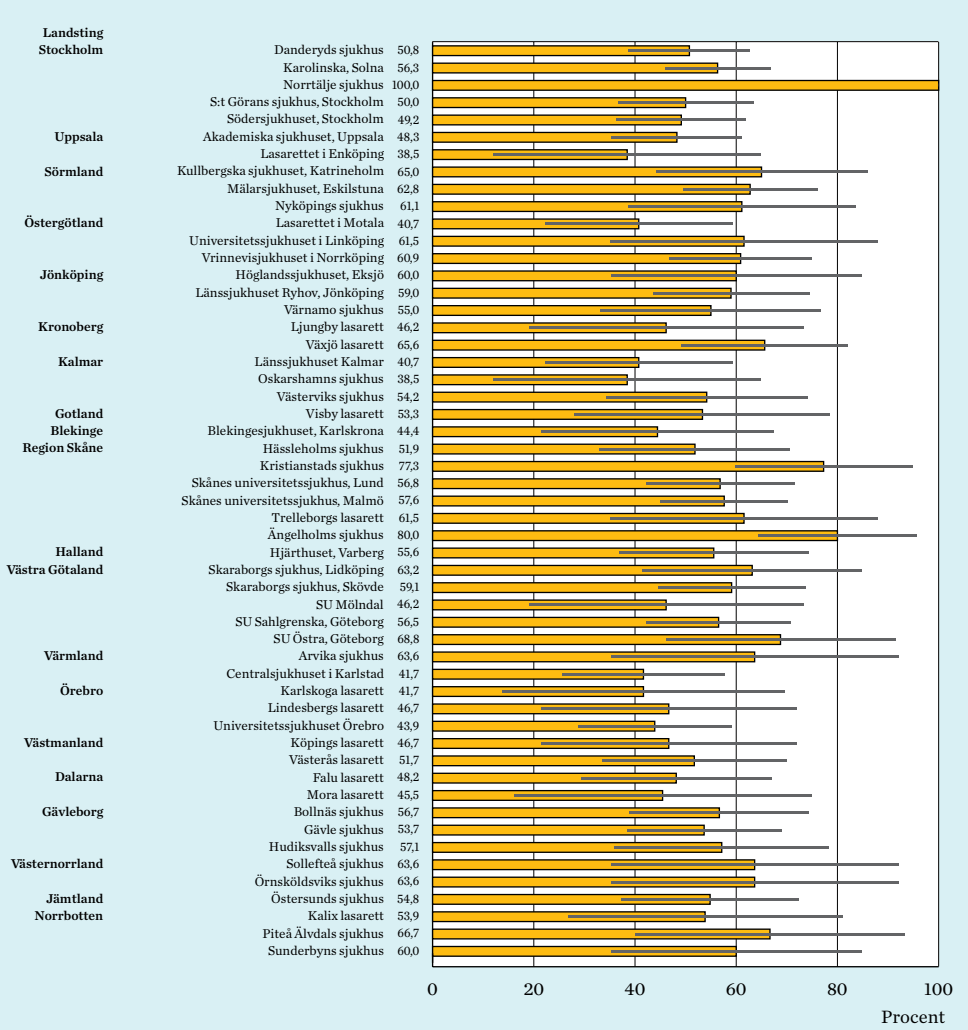
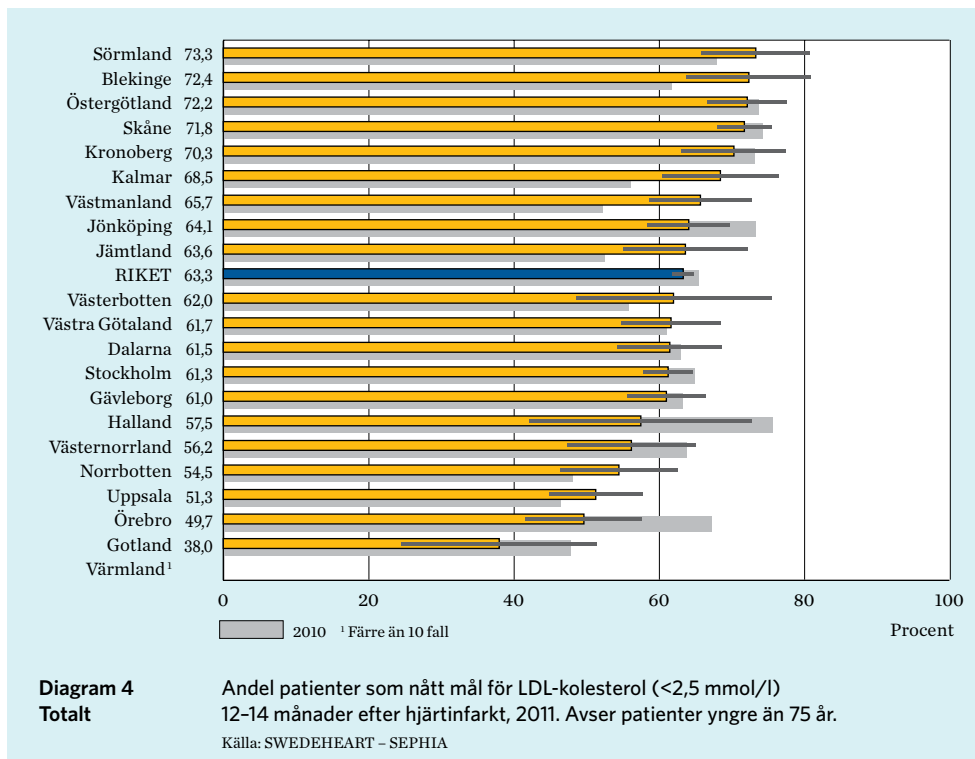


Diagram 3 Sjukhus Andel patienter som slutat röka 12-14 månader efter hjärtinfarkt, 2011. Avser patienter yngre än 75 år.
Källa: SWEDEHEART - SEPHIA



4 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol

Efter hjärtinfarkt skall i princip samtliga patienter komma ifråga för blodfettssänkande läkemedelsbehandling. En betydande andel av patienterna förskrivs också dessa läkemedel, vilket visats både i RIKS-HIAs uppföljning och i data från Patientregistret och Läkemedelsregistret. Men blodfetterna påverkas även av andra faktorer, som till exempel kost och fysisk aktivitet.

Det är under alla omständigheter viktigt att följa upp resultatet av olika förebyggande åtgärder, inte bara sjukvårdens aktiviteter. SEPHIA mäter därför patienternas LDL-kolesterol vid uppföljningen av hjärtinfarktpatienter. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2008 anges för patienter med hög risk för ny hjärt-kärlsjukdom ett målvärde för LDL-kolesterol på < 2,5 mmol/l.

Diagram 4 visar andelen patienter som hade nått målvärdet för LDL-kolesterol 12-14 månader efter hjärtinfarkten. Jämförelsen baseras på drygt 4 100 patienter. Enbart patienter yngre än 75 år ingår. I riket nådde drygt 63 procent av patienterna det satta målvärdet, med en variation mellan landsting från 38 till 73 procent.

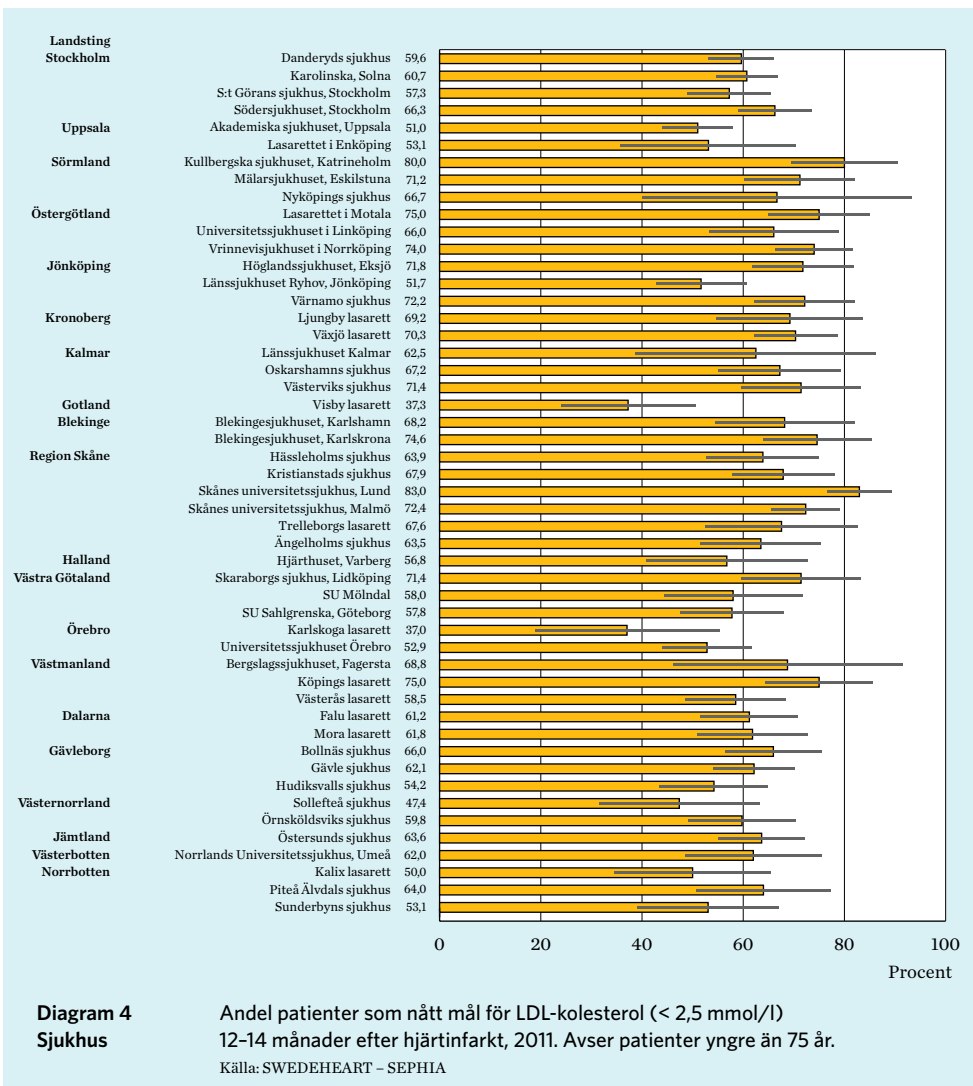
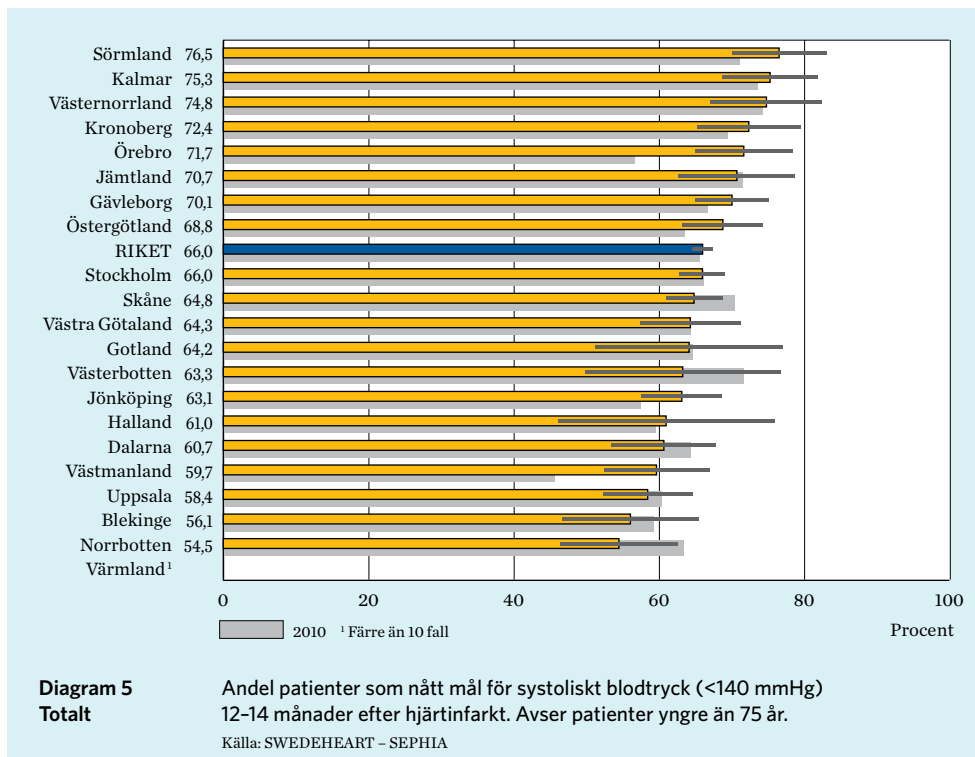


Diagram 4 Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (< 2,5 mmol/l) 12-14 månader efter hjärtinfarkt, 2011. Avser patienter yngre än 75 år.
Sjukhus Källa: SWEDEHEART – SEPHIA

I SWEDEHEARTs kvalitetsindex för sjukhus är poänggränserna (målnivåerna) satta till 60 respektive 70 procent, men det är önskvärt att i princip alla patienter når målnivån. Europeiska riktlinjer har angett en än lägre målnivå för LDL-kolesterol (< 1,8 mmol/l, alternativt 50 procents reduktion från utgångsvärdet), vilket ytterligare illustrerar att det finns ett förbättringsbehov.



5 Måluppfyllelse för blodtryck

Högt blodtryck är liksom högt LDL-kolesterol en riskfaktor för ny hjärt-kärlsjukdom och blodtrycket kan påverkas dels genom läkemedelsbehandling, dels genom beteendeförändringar avseende bland annat tobaksfrihet, motion, kost och stress. Socialstyrelsens nationella riktlinjer anger målvärdet för systoliskt blodtryck till under 140 mmHg.

Diagram 5 visar andelen patienter som hade nått målvärdet för systoliskt blodtryck 12-14 månader efter hjärtinfarkten. Jämförelsen baseras på drygt 4 400 patienter. Enbart patienter yngre än 75 år ingår. I riket nådde 66 procent av patienterna det satta målvärdet, med en variation mellan landsting från 54 till drygt 76 procent.

I SWEDEHEARTs kvalitetsindex för sjukhus är poänggränserna (målnivåerna) satta till 70 respektive 75 procent, men det är önskvärt att i princip alla patienter når målnivån. Ungefär en tredjedel av landstingen når den lägre poänggränsen. Ingen förändring av graden av måluppfyllelse har kunnat ses de senaste tre åren, vare sig för blodtryck eller LDL-kolesterol.

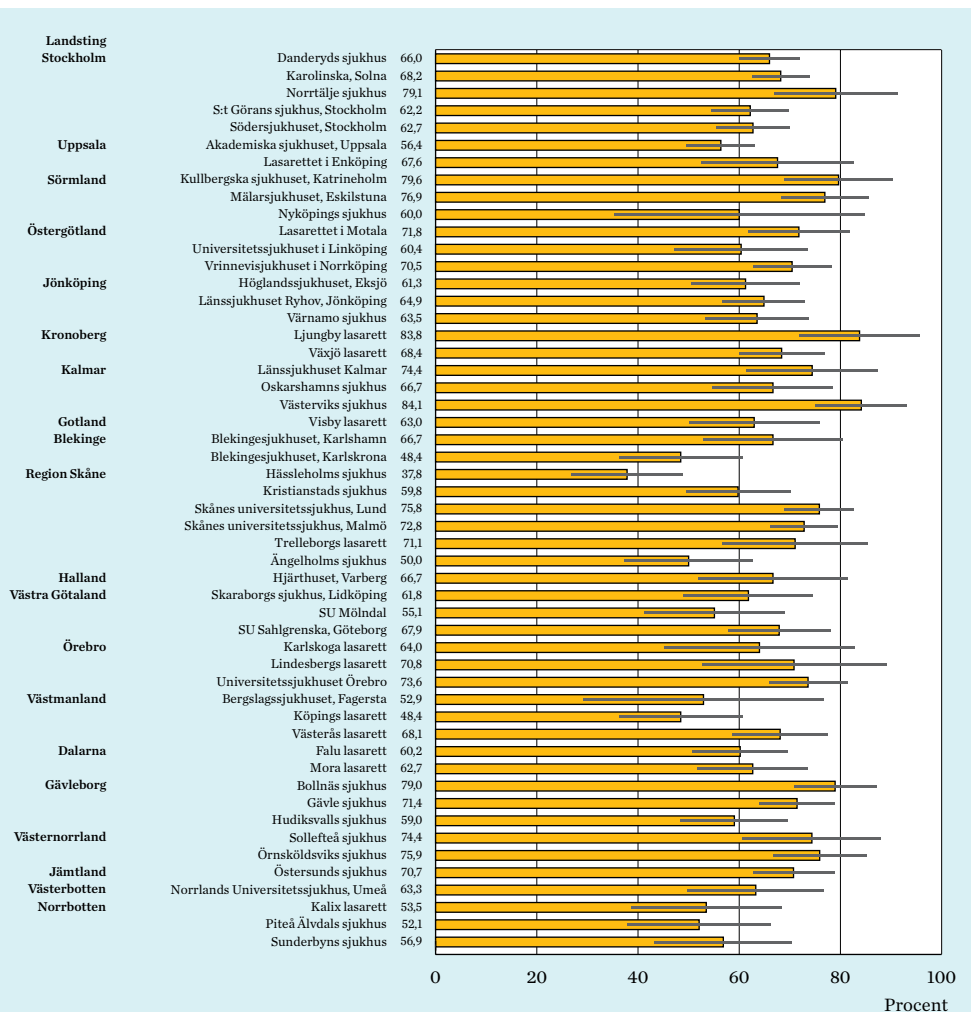


Diagram 5 Sjukhus Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (< 140 mmHg) 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år.
Källa: SWEDEHEART – SEPHIA

DIAGNOSTIK AV HJÄRTSVIKT - RIKSSVIKT

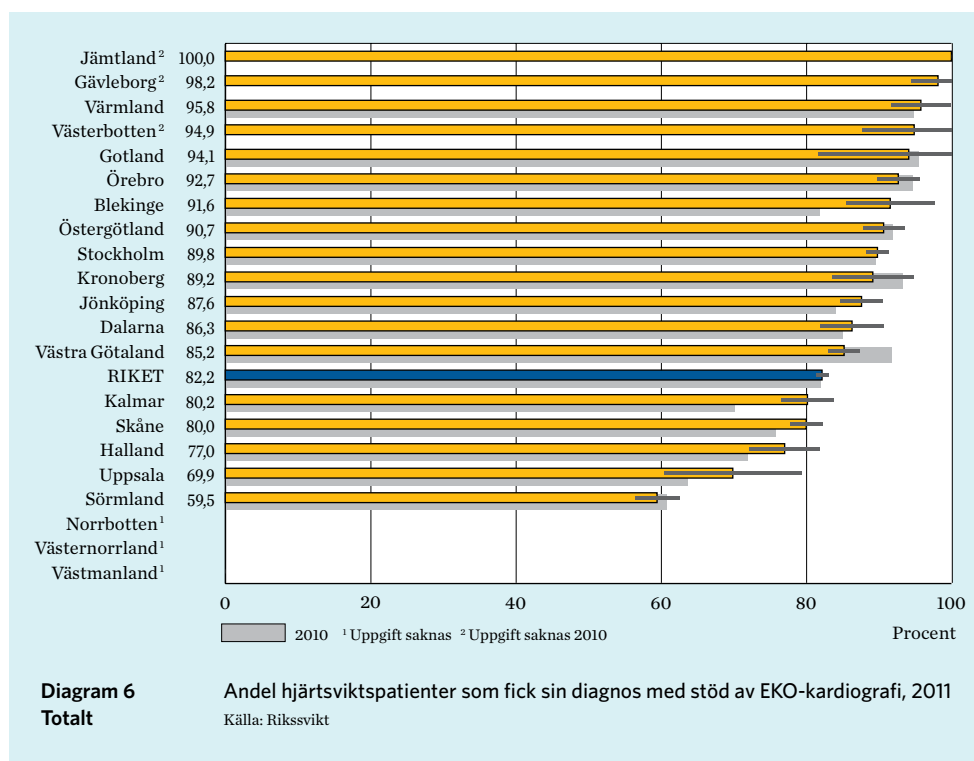
Det finns i Sverige ungefär 200 000 personer med symtomgivande hjärtsvikt och lika många med latent hjärtsvikt. Hjärtsvikt medför påtagligt ökad risk för förtida död och är en av de vanligaste diagnoserna hos äldre som vårdas på sjukhus. Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom med symtom som trötthet, andfåddhet vid ansträngning, andnöd och hosta på natten och svullna ben.

6 Ekokardiografi vid hjärtsvikt

Ekokardiografi, ultraljudsundersökning av hjärtat, skall användas för att diagnostisera och klassificera hjärtsvikt och dess svårighetsgrad. Diagnos byggd enbart på symtom och kliniska fynd ger fel diagnos i cirka hälften av fallen. Det finns nu enighet om att modern diagnostik av hjärtsvikt ska inkludera verifiering av nedsatt hjärtfunktion och ekokardiografi är den vanligast förekommande metoden för detta. I Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård har ekokardiografi vid misstänkt hjärtsvikt hög prioritet.

Källan till indikatorn är kvalitetsregistret RiksSvikt. Både sjukhus och primärvård rapporterar data, men få hjärtsviktpatienter från primärvård rapporteras till RiksSvikt; cirka 120 av 1 200 primärvårdsmottagningar rapporterade data 2011.

63 sjukhus eller specialistmottagningar, vilket är över 80 procent, rapporterar till RiksSvikt, men täckningsgraden vad avser patienter är lägre. RiksSvikt anger täck-



ningsgraden för 2011 till 66 procent, avseende de sjukhusvårdade patienterna. Det är stora variationer mellan sjukhusen och därmed även mellan landsting. Den ojämna täckningsgraden gör att jämförelser är osäkra.

Indikator 6 visar andelen hjärtsviktspatienter som 2011 diagnostiserades med hjälp av ekokardiografi. Jämförelsen baseras på 7 500 nyregistrerade patienter, varav 4 400 var män. I riket ekokardiograferades 82 procent av patienterna, en större andel bland män än bland kvinnor. Andelen varierar från knappt 60 till 100 procent mellan de olika landstingen.

RiksSvikt anger som ett av flera kvalitetsmål för vården av hjärtsviktspatienter att minst 90 procent av patienterna skall ha undersökts med ekokardiografi när diagnosen sätts.

BEHANDLING AV FETMA HOS BARN - KVALITETSREGISTRET BORIS

Omkring 3–5 procent av alla barn i Sverige lider av fetma. Barnfetma är en sjukdom som obehandlad leder till ökad sjuklighet. Följsjukdomar som cancer, hjärt-kärlsjukdom och diabetes, som oftast kommer först i vuxen ålder, medför att barnfetma leder till en förväntad sänkt livslängd. Fetma i barndomen leder också till ökad risk för sämre social anpassning. Förekomst av fetma bland barn är ojämnt fördelad över landet, utan att orsakerna till detta är kända. Det finns också en kraftig påverkan från sociala faktorer, med en betydligt högre förekomst av fetma i områden med lägre inkomst och utbildning.

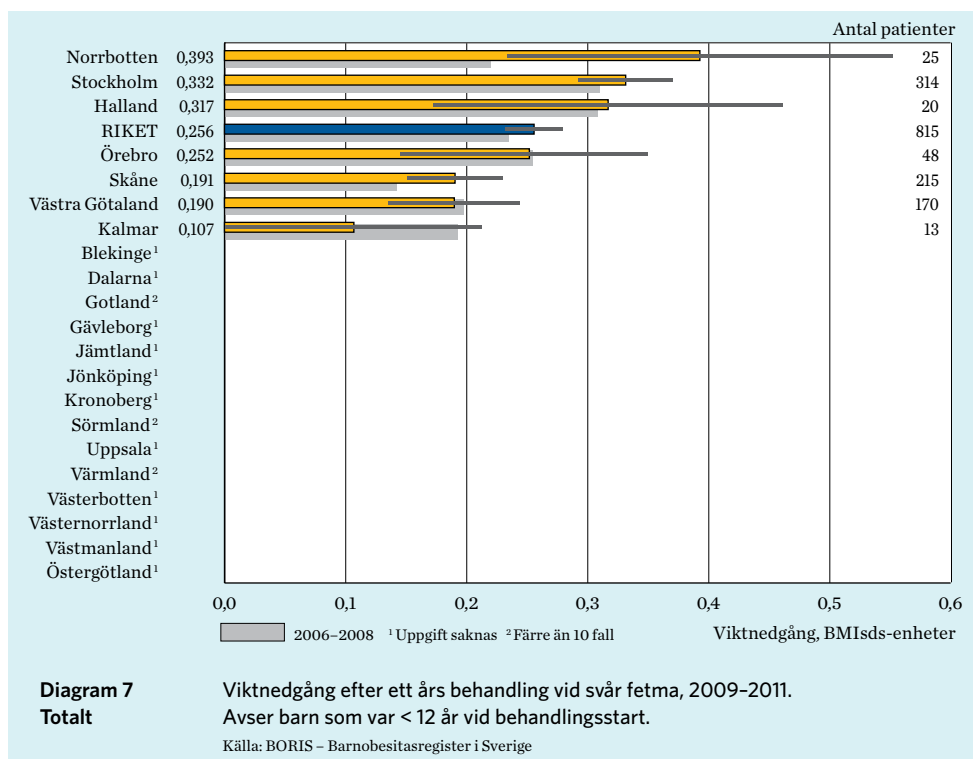
Beteendebehandling har ofta gynnsam effekt, om den sätts in tidigt. Målsättningen med behandling är att långsiktigt normalisera vikten och att bibehålla en vikt som inte överskrider gränsen för fetma. Behandlingen är personalkrävande, men relativt billig för barn som inte har några andra komplicerande sjukdomar. Behandling senare i livet är betydligt mer kostsam. Fetmasjukdomen belastar samhällsekonomin påtagligt och kostnaderna ökar i takt med att fetma blir vanligare.

Här visas uppgifter om mätning av fasteblodsocker och viktnedgång efter behandling, hämtade från BORIS, det nationella kvalitetsregistret för barnobesitas. Det grundläggande syftet med registret är att långsiktigt följa behandling av barnfetma i landet. Ett annat syfte är att öka kunskapen om vilka behandlingsformer som är bra och vilka som är mindre lämpliga för barn i olika åldrar. Registrering i BORIS avser behandling på barnläkarmottagningar eller barnklinik, inte insatser som ges till exempel i skolhälsovård.

Under de senaste åren har täckningsgraden ökat, både sett till deltagande kliniker och antal patienter. Till Boris rapporterar nu över 50 procent av landets barnkliniker samt över 40 andra barnmottagningar i landet. I registret fanns 2011 över 6 000 barn och unga i åldrarna 4–18 år. Täckningsgrad, i meningen hur stor andel av barn med aktiv behandling som finns i BORIS är svår att beräkna, men skattas i årsrapporten till cirka 75 procent. Man påpekar att den relativt höga andelen är en avspegling av att få barn får behandling för sin fetma.

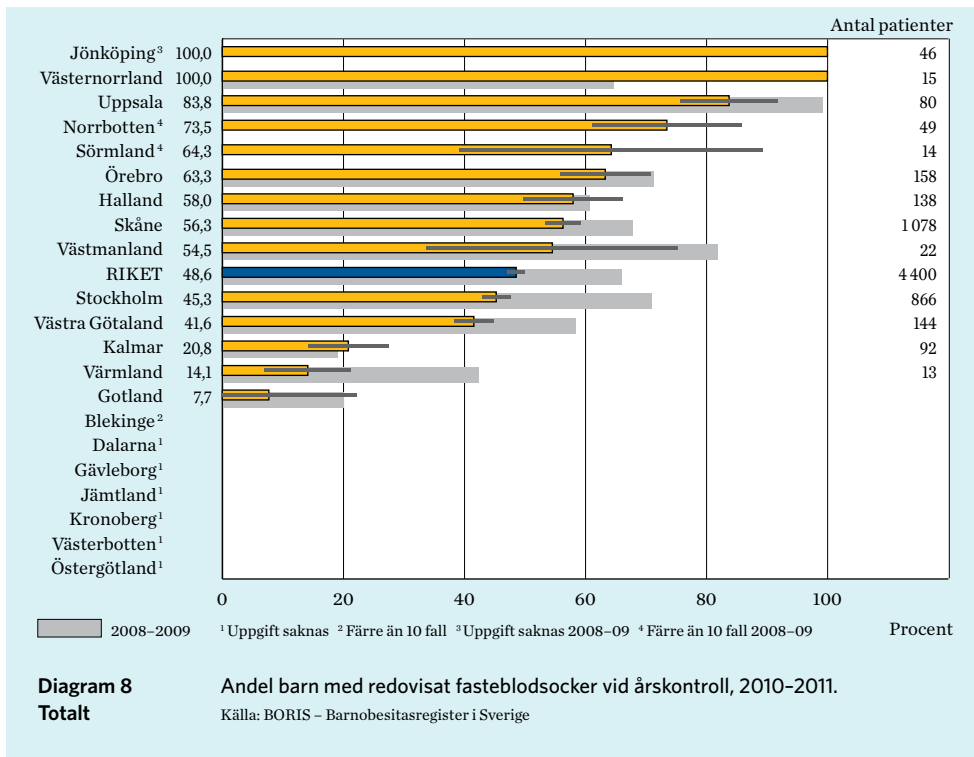
7 Behandlingsresultat efter ett år

Diagram 7 visar hur mycket de barn som får behandling i genomsnitt minskar sin övervikt under ett år. Måttet som används är BMI:er som tar hänsyn till barnets vikt och längd och normala utveckling. BMI:er "0" är det BMI:er som ett barn med medelvikt har, medan BMI:er 2,3 är den ungefärliga gränsen för fetma. Endast barn som var under 12 år vid behandlingens start ingår. Jämförelsen baseras på 815 barn som följdes upp under mätperioden 2009–2011. Bara landsting med lägst 10 fall redovisas. Relativt få barn finns med i uppföljningen vilket beror på en kombination av många orsaker, bland annat sen rapportering till registret, avhopp under behandlingstiden och att en relativt snäv åldersgrupp är inkluderad i analysen.



Den genomsnittliga sänkningen i riket är 0,26 BMI:ns enheter på ett år. Tyvärr har endast få landsting rapporterat ett så stort antal årsresultat att man kan göra en rimlig jämförelse. Spridningen mellan landstingen är relativt stor, från 0,11 till 0,39.

Alla landsting visar sjunkande BMI:ns, vilket tyder på att behandlingen har effekt. Om viktnedgången håller i sig under ytterligare ett år så har man en BMI:ns sänkning som medför en betydande minskning i fetmarelaterade riskmarkörer och därmed en minskad risk för framtida sjuklighet. Spridningen visar att det finns en förbättringspotential. Resultaten ligger också något lägre än vad som rapporterats från Tyskland, även om jämförelser är svåra att göra på grund av skillnader mellan länderna i vikt-längdstandarder och BMI:ns mått.



8 Mätning av fasteblodssocker

Barn med fetma löper ökad risk för att få diabetes. Eftersom förhöjt fasteblodssocker är en indikation på ökad risk för utveckling av diabetes är mätning av detta ett viktigt processkvalitetsmått. I Sverige är förekomst av förhöjda fasteblodssocker bland barn med fetma tre gånger vanligare än i Tyskland. Omkring 17 procent av svenska barn med fetma har förhöjda fasteblodssocker. Det är vanligare i tonåren och även bland barn med uttalad fetma men det förekommer i alla åldrar och alla grader av fetma. Diagrammet visar andelen barn där fasteblodssocker registrerades vid nybesök eller vid årlig kontroll. Jämförelsen baseras på 4 400 patienter.

I riket registrerades uppgift om fasteblodssocker för 48,6 procent av alla patienter under mätperioden 2010-2011. Det är påtagliga skillnader mellan landsting, med variationer från 83,8 till 7,7 procent.

DEMENS SJUKDOM - SVEDEM

Per år insjuknar ungefär 20 000 personer och totalt är cirka 150 000 personer i Sverige drabbade av en demenssjukdom, där Alzheimers sjukdom är den vanligaste. Sjukdomsfrekvensen ökar med åldern. Nästan hälften av alla som är 90 år och äldre har en demenssjukdom medan cirka 9 000 patienter med demenssjukdom är under 65 år. Minnesstörning är ett vanligt och tidigt tecken vid demens och patienterna försämras med tiden.

Källan till de två mått som här redovisas är kvalitetsregistret SveDem, Svenska Demensregistret. SveDem registrerar patienter i specialiserade enheter, primärvård och i särskilda boenden. I oktober 2012 var andelen anslutna specialistenheter 95 procent. 622 vårdcentraler, vilket är ungefär hälften av alla, registrerade då i SveDem. Det har skett en snabb ökning av anslutna primärvårdsmottagningar. Oktober 2012 fanns det totalt knappt 26 000 registrerade patienter i SveDem och under 2011 nyregistrerades nästan 5 000 patienter. Registret bedömer att man har cirka 30 procents täckningsgrad på individnivå.

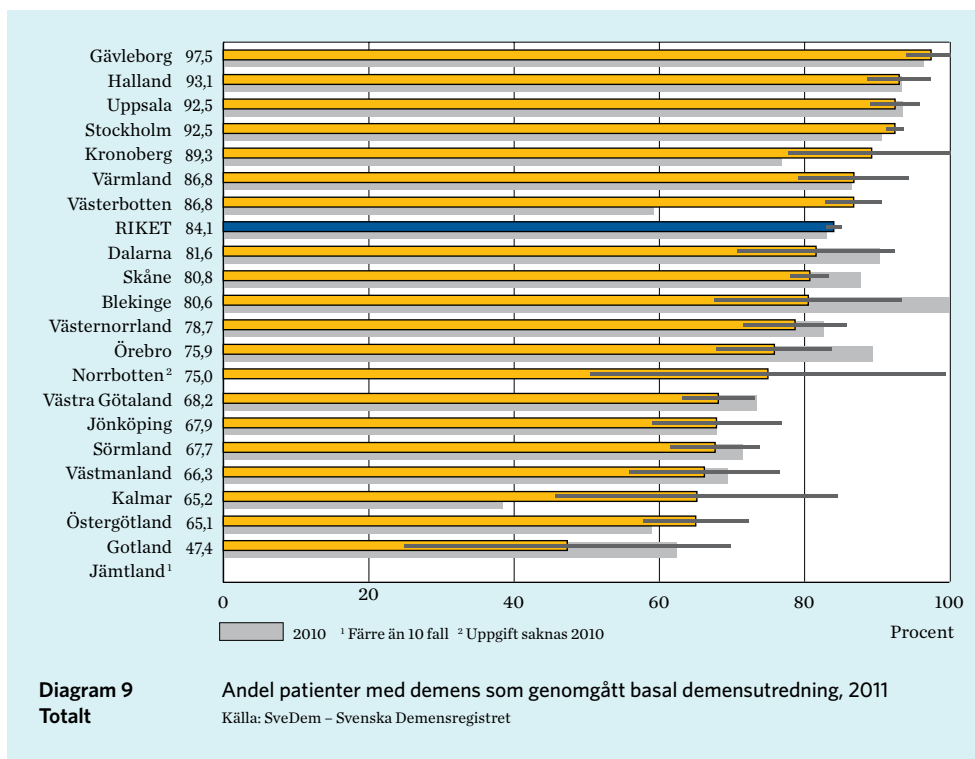
I de Nationella riktlinjerna för vård och behandling vid demenssjukdom som publicerades av Socialstyrelsen 2010 anges flera kvalitetsindikatorer som kan följas i SveDem. Nedan presenteras två av dessa, som motsvaras av Kvalitetsindikator 2 respektive 3 i SveDems årsrapport.

9 Basal demensutredning som underlag för demensdiagnos

Korrekt diagnos är viktig och medför att patienten lättare får tillgång till olika stödinsatser från samhället. För att ställa en korrekt diagnos måste en demensutredning göras för att undersöka om patientens symtom beror på en demenssjukdom eller inte, för att upptäcka behandlingsbara tillstånd samt ta reda på vilka svårigheter patienten har för att kunna ge adekvat behandling och stöd. Det finns idag inget specifikt test eller undersökningsresultat som ensamt leder till en diagnos. Det råder idag osäkerhet om vilken kvalitet dessa demensutredningar har.

I de nationella riktlinjerna för demenssjukdom har Socialstyrelsen definierat vad som skall ingå i en så kallad basal demensutredning som man rekommenderar att alla patienter med misstänkt demenssjukdom skall genomgå. En demensutredning består av strukturerad anamnes med avseende på kognitiva symtom och funktioner med både patient och anhöriga, kognitiv testning, blodprover och röntgen av hjärnan med dator-tomografi eller magnetröntgen.

Indikatorn visar andelen demenspatienter som genomgick basal demensutredning. Jämförelsen baseras på 4 803 patienter som nyregistrerades i SveDem 2011 och cirka 90 procent av patienterna utreddes vid en specialistenhet. I riket var andelen som genomgick basal demensutredning cirka 86 procent. Landstingens resultat sträcker sig från 47 till 97 procent. Det finns utrymme för förbättring, då SveDems mål är att minst 90 procent skall ha genomgått en basal demensutredning.



En felkälla är att delar av utredningen, eller hela den basala demensutredningen, kan vara gjord innan patienten kommer till specialistkliniken, vilket skall registreras, men kan missas. I princip alla genomgår utredning med blodprover och röntgen av hjärnan. Däremot används klocktestet, som också ingår i rekommendationerna, inte fullt lika flitigt.

10 Läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom

Det finns ingen botande behandling vid Alzheimers sjukdom, som är den vanligaste demenssjukdomen. Behandling med demensläkemedel vid Alzheimers sjukdom har dock visat sig kunna lindra och stabilisera symptomen en tid. Tillgängliga demensläkemedel idag utgörs av kolinesterashämmare som har indikationen Alzheimers sjukdom av mild till måttlig sjukdomsgrad samt NMDA-receptorantagonisten memantin som ges vid måttlig till svår sjukdomsgrad. Behandling med demensläkemedel vid Alzheimers sjukdom rekommenderas i de nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen.

Diagram 10 visar andelen patienter med nydiagnosticerad Alzheimers sjukdom i SveDem under 2011 som erhåller behandling med demensläkemedel. Jämförelsen är baserad på 1 594 patienter. I riket behandlades drygt 84 procent av alla patienter, med en variation mellan landsting från 73 till 100 procent.

SveDem strävar mot att 80 procent av patienter med Alzheimers sjukdom skall erhålla läkemedelsbehandling. Det finns alltid patienter som av olika skäl inte är lämpliga att

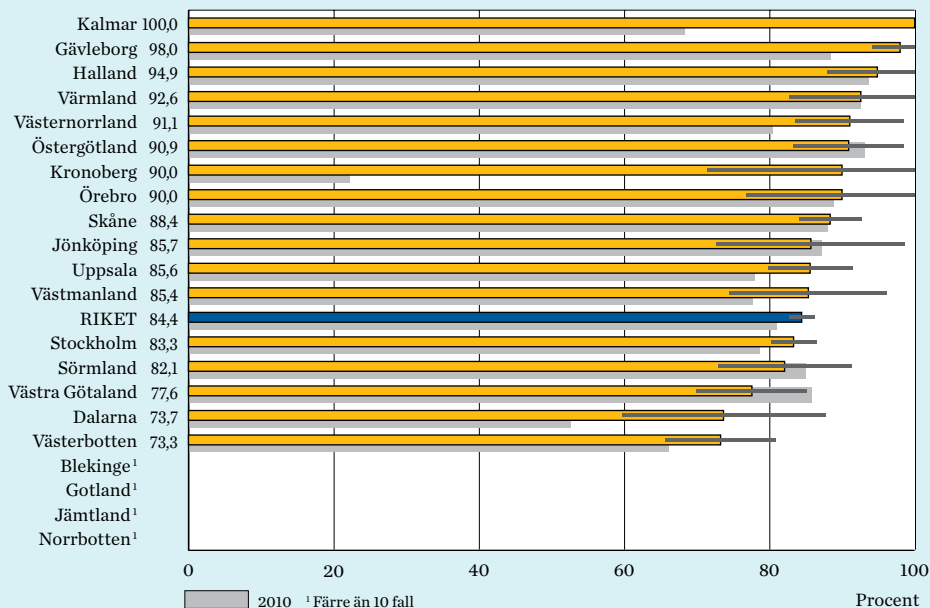


Diagram 10
Totalt

Andel patienter med Alzheimers sjukdom som behandlas med demensläkemedel, 2011. Avser kolonesterashämmare eller NMDA-antagonist.

Källa: SveDem – Svenska Demensregistret

behandlas med dessa läkemedel. Man har bedömt att biverkningar och kontraindikationer mot behandlingen utgör cirka 20 procent. Att i SveDem drygt 84 procent av dessa patienter behandlas med demensläkemedel innebär en liten ökning sedan 2010, då 81 procent behandlades.

Den höga siffran avspeglar att följsamheten till riktlinjerna är god, men också att vid specialistenheter erhåller patienter med rätt indikation dessa läkemedel. Andelen patienter vid specialistenheter i Danmark som behandlas med demensläkemedel har rapporterats vara cirka 80 procent. Tre landsting (Dalarna, Västra Götaland och Västerbotten) når inte helt upp till målet på 80 procent.

Rapporter har visat att knappt 30 procent av patienter med Alzheimers sjukdom i Sverige behandlas med kolinesterashämmare. Andelen i SveDem ligger således betydligt högre. Detta beror sannolikt dels på att majoriteten av patienterna har en mild till måttlig sjukdom, vilket är en klar indikation för kolinesterashämmare, dels på att SveDem-patienterna till stor del utreds vid specialistenheter där användningen av demensläkemedel sannolikt är högre. Under 2012 har registreringen av patienter i primärvården ökat avsevärt och därför kommer data om demensläkemedelsanvändningen i primärvården kunna redovisas framöver och en mer heltäckande bild av behandlingen med demensläkemedel i landet kunna ges.

VÅRD VID ÄTSTÖRNING - RIKSÄT

Ätstörningar är vanliga och allvarliga hälsoproblem bland tonåringar och unga vuxna. Centrala symtom är upptagenhet av kroppsvikt och att självkänslan på ett överdrivet sätt härrör från kroppens vikt och form. Det finns tre huvudkategorier av ätstörning: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) och ätstörning utan närmare specifikation. Ätstörningar drabbar oftare flickor och kvinnor än pojkar och män, men flera studier pekar på en ökning bland pojkar och män. Man kan räkna med att 1,5–2 procent av tonårsflickor och unga kvinnor vid en given tidpunkt är drabbade av AN eller BN.

Utbudet av behandlingsmetoder varierar mellan enheter. Kliniska riktlinjer understryker vikten av tidig intervention, öppenvårdsbehandling, erbjudande om konkret matstöd, familjebaserade behandlingar för barn/ungdomar och självhjälpsbehandling samt kognitiv beteendeterapi för vuxna patienter med bulimi. Samsjuklighet med ångest-, depressions- och andra psykiatriska tillstånd är vanligt. Ofta används läkemedelsbehandling som komplement. Genomsnittlig behandlingstid för patienterna i registret är 11,5 månader.

Här visas två mått som syftar till att spegla kvalitet inom ätstörningsvård, hämtade från kvalitetsregistren RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörning. I RIKSÄT registreras uppgifter om diagnostik och behandlingsresultat vid vård för ätstörning, huvudsakligen vid ätstörningsspecialiserade psykiatriska enheter eller specialiserade team inom allmänpsykiatrin.

Under 2012 har ansträngningar gjorts att dels öka rapporteringen till registret, dels öka dess praktiska nytta för de rapporterade enheterna, genom att formulera kvalitetsindikatorer till vilka behandlingsmål kan knytas. IT-relaterade förseningar har hämmat vissa enheters rapportering. Alla specialiserade ätstörningsenheter rapporterar till RIKSÄT, med en bedömd täckningsgrad på individnivå på över 90 procent.

För allmänpsykiatriska enheter är det i nuläget svårare att värdera hur stor andel av patienter som registreras. Arbete med detta syfte pågår. Tillsammans med osäkerhet om sjukdomsförekomst i olika landsting gör detta att landstingens resultat inte kan jämföras med varandra på ett rättvisande sätt. Med denna reservation gjord är det likväl viktigt att visa data.

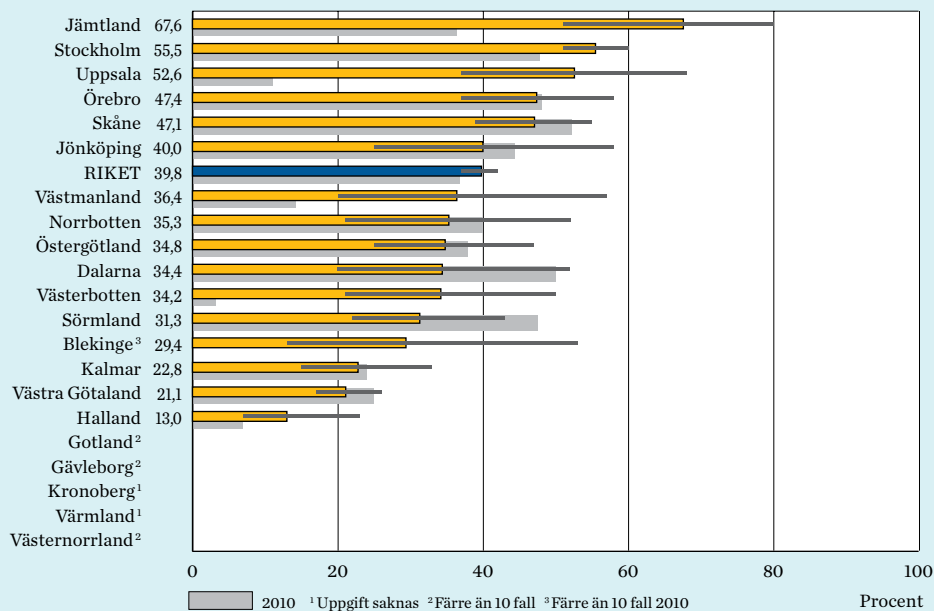


Diagram 11 Andel patienter med ätstörning som är fria från diagnos ett år efter behandlingsstart, 2011.

Totalt

Källa: RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörning

11 Fri från ätstörningsdiagnos efter behandling

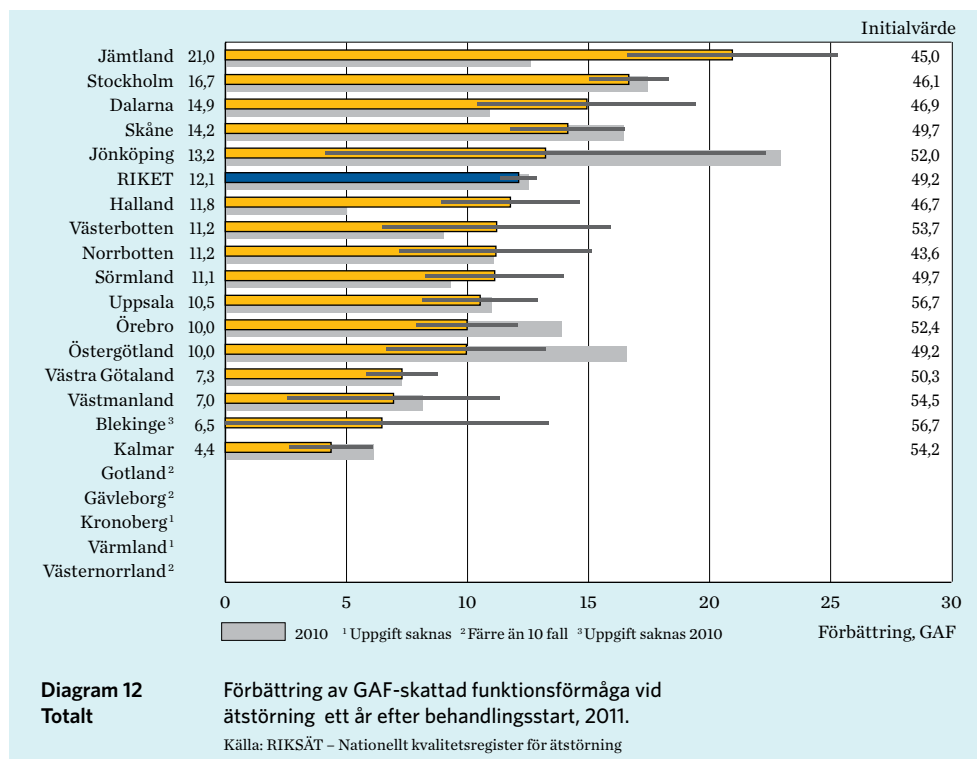
Diagram 11 visar andelen patienter med ätstörning som ett år efter behandlingsstart inte längre uppfyller kriterierna för diagnos, det vill säga att symtomen har minskat så att ätstörningsdiagnos inte längre är tillämplig. Måttet syftar till att visa hur många patienter som har svarat snabbt på vården och blivit friska. De faktiskt behandlingstiderna kan variera betydligt, och vara både kortare och längre än ett år.

Jämförelsen avser knappt 1 500 patienter som under 2011 hade varit i behandling ett år. I riket hade knappt 40 procent av de patienter som registrerats och följts upp blivit diagnosfria efter ett års behandling.

RIKSÄT har som målnivåer att andelen diagnosfria efter ett år bör vara 38 procent för barn och ungdomar, samt 34 procent för vuxna.

12 Förbättrad funktionsförmåga vid ätstörning

Ett sätt att mäta patientens förbättring är att använda GAF, som är ett skattningssinstrument för patientens funktionsförmåga. GAF utläses Global Assessment of Functioning och har en numerisk skala som används för att vid psykisk ohälsa subjektivt skatta vuxna patienters förmåga i olika avseenden – social, yrkesrelaterad och psykologisk funktionsförmåga. Den syftar till att beskriva eller bedöma hur väl patienten kan



hantera olika situationer och problem i det dagliga livet. Det är behandlarens bedömning, inte en patientskattning av förmågan.

Det förs diskussioner om GAF är ett lämpligt instrument att använda vid ätstörning eftersom ätstörningspatienter ofta har en "ojämn" funktionsförmåga. De kan fungera olika väl i olika sammanhang. GAF-värdet kan variera mellan 1–100 och måttet här redovisar den genomsnittliga förändringen mellan två mätningar. Ett högt värde anger en stor förbättring.

Diagram 12 visar patienternas genomsnittliga förbättring i GAF-poäng ett år efter behandlingsstart. Jämförelsen baseras på knappt 1 500 patienter som under mätperioden 2011 hade varit i behandling i ett år.

I riket har en förbättring med 12 GAF-skalsteg skett, ett år efter behandlingsstart. RIKSÅT har angett målnivåer avseende funktionsförbättring, 18 GAF-poäng för barn och unga respektive 15 poäng för vuxna. Det initiala GAF-värdet anges till höger i diagrammet, där ett lågt värde betyder att funktionsförmågan var låg.

För både 11 och 12 gäller att redovisning för landsting baseras på klinikens lokalisering, inte patientens hemort.

BIPOLÄR SJUKDOM – KVALITETSREGISTRET BIPOLÄR

Här visas tre kvalitetsindikatorer för god vård vid bipolär sjukdom, hämtade från Bipolär – Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom.

Bipolär sjukdom innebär att stämningsläget periodvis förskjuts i sjuklig riktning. Perioder av mani följs ibland av depression, men sjukdomen har skiftande uttrycksätt med ett spektrum av bipolära syndrom.

Manier kan vara så svåra att patienterna drabbas av en psykos och tappar verklighetsförankringen. En akut mani kan yttra sig som kraftig upprymdhet, men det förekommer även uppvarvning i samband med irritation (mix-skov). Tillståndet är allvarligt och kräver ofta slutenvård. Mildare manier, så kallad hypomani, har samma symtom men är mindre allvarliga och kräver inte slutenvård.

Vid en depression är stämningsläget istället sänkt. Sömnbehovet kan vara ökat, men sömnsvårigheter kan förekomma. Bipolär sjukdom medför en kraftig överrisk för självmord och är även förknippat med överdödlighet i somatiska sjukdomar.

Beroende på sjukdomsdefinition beräknas att mellan 2–4 procent av befolkningen drabbas under sin livstid. Sjukdomen debuterar ofta runt 20-årsåldern. Den bipolära sjukdomen är livslång och målet med behandlingen är att patienten ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Riktlinjer för behandling finns i Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depressions- och ångestsyndrom från 2010.

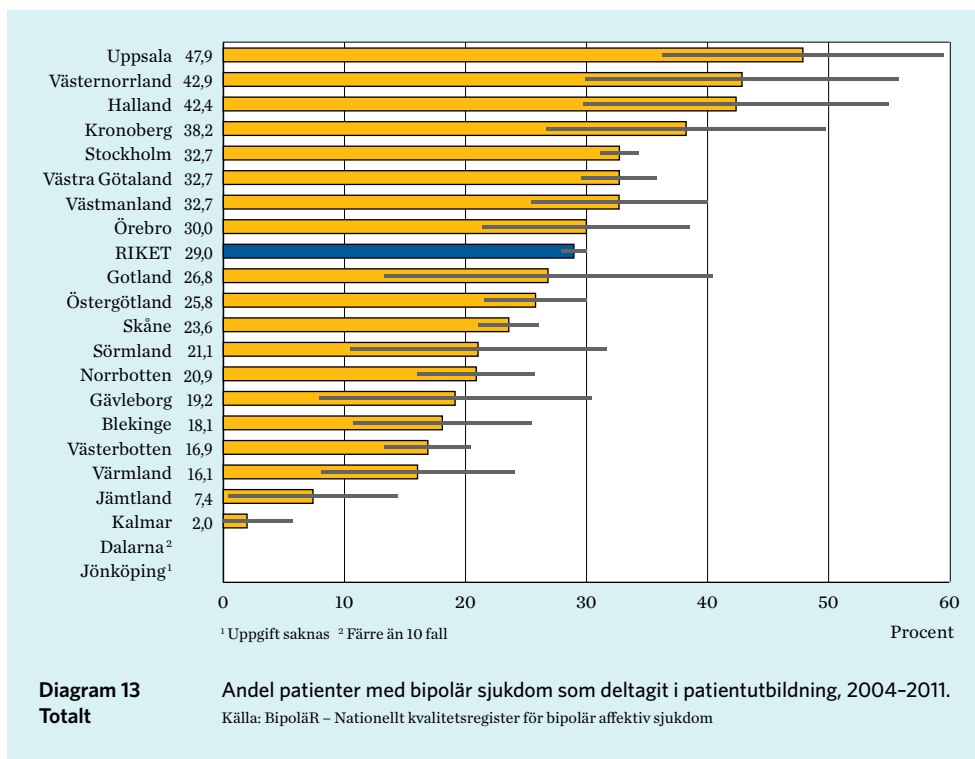
Bipolär hade 2011 uppgifter om 7 380 unika patienter och 92 vårdenheter som aktivt rapporterar till registret. I förhållande till patientgruppens storlek är täckningsgraden låg på individnivå. Detta och att registreringen även varierar mellan landstingen, gör att landstingens resultat inte kan jämföras med varandra på ett rättvisande sätt. Antalet ny- och uppföljningsregistreringar ökar dock, både på länsnivå och på enhetsnivå.

13 Deltagande i patientutbildning

Patientutbildning rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer som ett komplement till återfallsförebyggande läkemedelsbehandling.

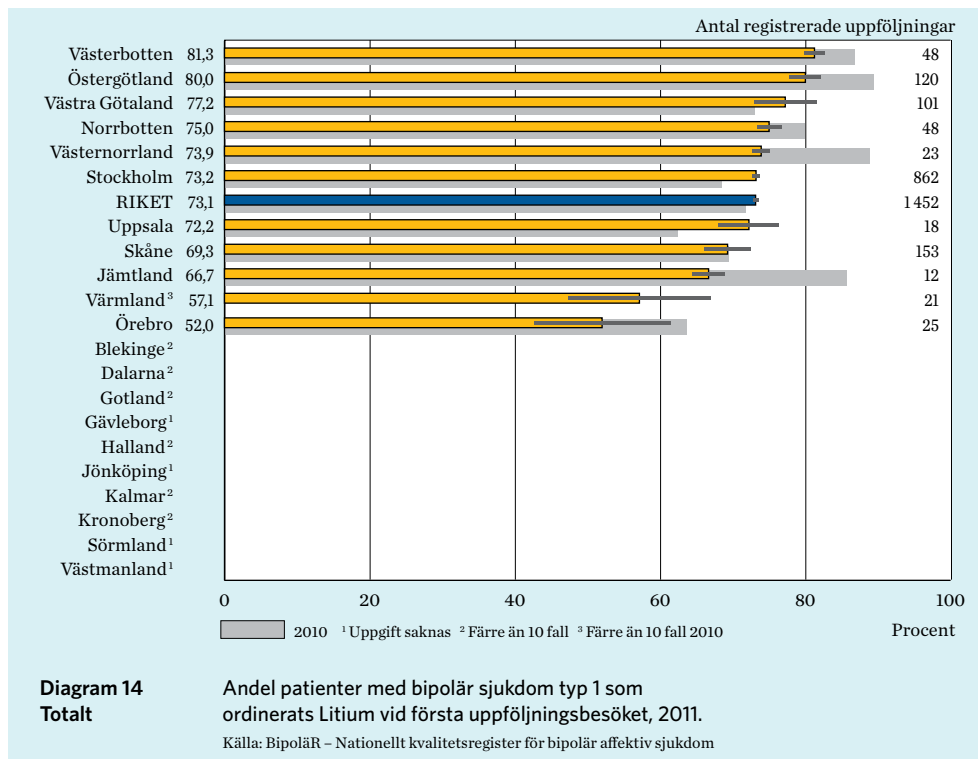
Syftet med patientutbildning är att öka patientens kunskap om sin bipolära sjukdom. Den ska även stärka patientens kompetens i att bemästra sin sjukdom, känna igen tidiga tecken på återfall och på så vis förkorta eller förhindra tid i slutenvård genom tidiga ingripanden.

Utbildningen sker i grupp och vid fall där patientunderlaget är litet (t ex på BUP-enheter eller allmänpsykiatriska mottagningar med få patienter i upptagningsområdet) ges utbildningarna mer sällan. Dock bör patientutbildning ske så snart som möjligt efter att diagnos är satt för att underlätta anpassning till sjukdomen samt för nå bättre följsamhet till medicinering.



BipolärRs användare beslutade under ett nationellt möte 2011 att fördubbla andelen patienter i registret som genomgått patientutbildning till 2015. Registrets aktuella målsättning är att 45 procent av alla patienter i registret år 2015 ska ha genomgått patientutbildning.

I diagram 13 visas andelen patienter med bipolär sjukdom som deltagit i patientutbildning de senaste tio åren. Jämförelsen baseras på 7380 unika individer som fanns i registret 2011. I riket var andelen av dessa som deltog i patientutbildning drygt 29 procent, med en variation mellan landsting från 2 till 48 procent.

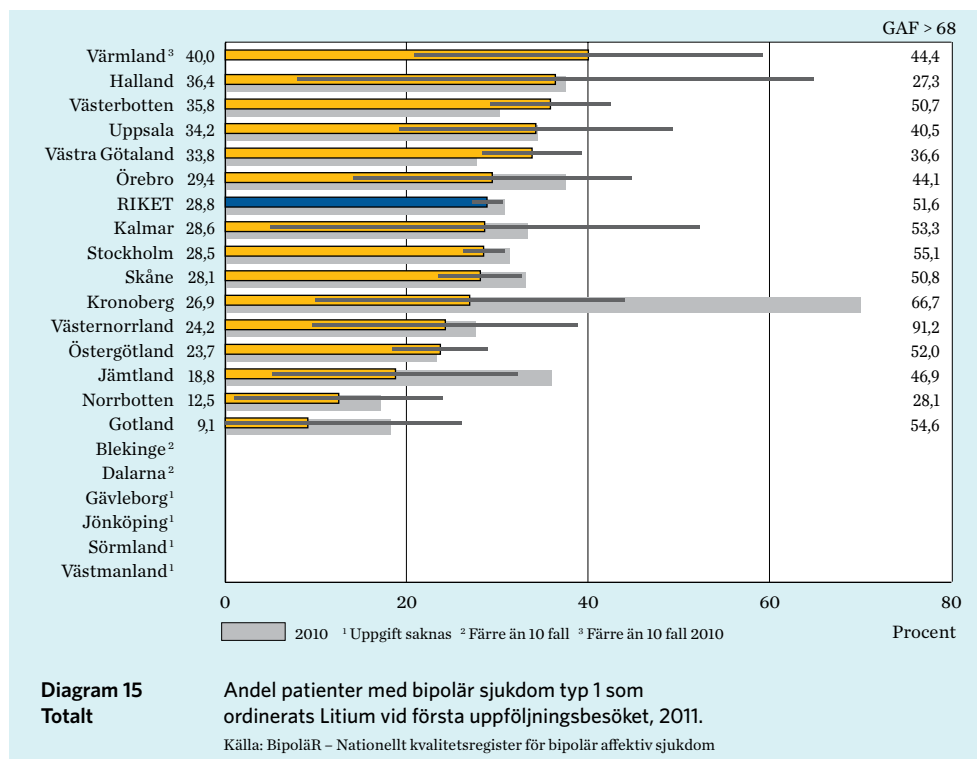


14 Behandling med litium

Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar som förstahandsval behandling med läkemedlet litium i syfte att förebygga återfall hos patienter med bipolärt syndrom. De senaste åren har förskrivningen av litium minskat bland patienter registrerade i BipolärR, dock ej mellan 2010 och 2011. BipolärRs kvalitetsindikator för litium uppmäter andelen patienter med bipolärt syndrom typ I som vid första uppföljningsregistreringen förskrivits litium. BipolärRs målnivå är 70 procent.

Diagram 14 visar andelen patienter med bipolärt syndrom typ 1 som förskrevs litium under mätperioden. Jämförelsen baseras på 1 452 patienter.

I riket var andelen med bipolärt syndrom typ 1 som förskrevs litium 73 procent, med en variation mellan landsting från 52 till 81 procent.



15 Förbättrad funktionsförmåga efter behandling

Liksom RIKSÄT använder Bipolär GAF som skattningsinstrument för att bedöma utvecklingen av patientens funktionsförmåga i olika avseenden. GAF-skattningen innehåller flera dimensioner och resulterar i ett numeriskt värde mellan 0-100, där ett högt värde anger bättre funktionsförmåga.

Diagram 15 visar andelen patienter som vid uppföljningsregistrering år 2011 förbättrats med 5 poäng eller mer på GAF funktionsskattning, jämfört med närmast gjorda tidigare registrering (uppföljning eller nyregistrering). Jämförelsen baseras på 2 851 patienter. I riket hade knappt 29 procent av patienterna förbättrats med 5 eller fler GAF-poäng, med en variation mellan landsting från nio till 40 procent.

Till höger i diagrammet redovisas andelen uppföljningsregistrerade patienter som har GAF funktionsskattningar på > 68 poäng. Detta är ett kompletterande resultatmått. År 2011 var riksgenomsnittet i Bipolär 52 procent. På länsnivå varierade värdena mellan 28 och 91 procent.

RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD – KVALITETSREGISTRET RÄTTSPSYK

Cirka 1 900 individer vårdades under 2011 i rättspsykiatrisk vård, varav en mycket hög andel utgörs av män. Den rättspsykiatriska vården innebär frihetsberövande och vården utövas enligt tvångslag. Målet med den rättspsykiatriska vården är att patienten ska klara av ett liv ute i samhället utan att återinsjukna eller återfalla i psykisk ohälsa, missbruk och/eller brottslighet.

Vårdtiden är ofta lång, i snitt runt fem år. Det medför att förtroendefulla behandlingsrelationer kan byggas upp mellan patienter och personal. Att vården bedrivs under tvång ställer samtidigt särskilda krav när det gäller att få patienten delaktig. Det är en grannliga uppgift att bedriva vården med största hänsyn till patientens integritet och självbestämmande. Höga krav måste ställas på att vården är likvärdig i landet och bedrivs med hög kvalitet. De olika verksamheterna har ett stort behov av att kunna jämföra sina resultat med andra, för att både kunna förbättra och utveckla sin egen verksamhet.

I rapporten Öppna jämförelser visas två indikatorer om rättspsykiatrisk vård. De speglar dels återfall i brottslig gärning under pågående vård, dels förekomsten av fetma bland rättspsykiatrins patienter. Här visas tre ytterliga kvalitetsindikatorer för denna del av hälso- och sjukvården.

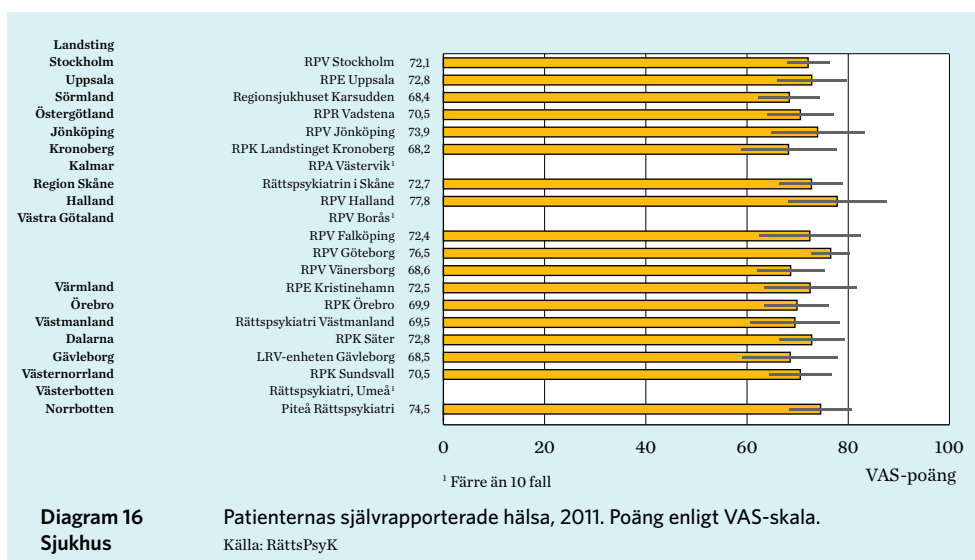
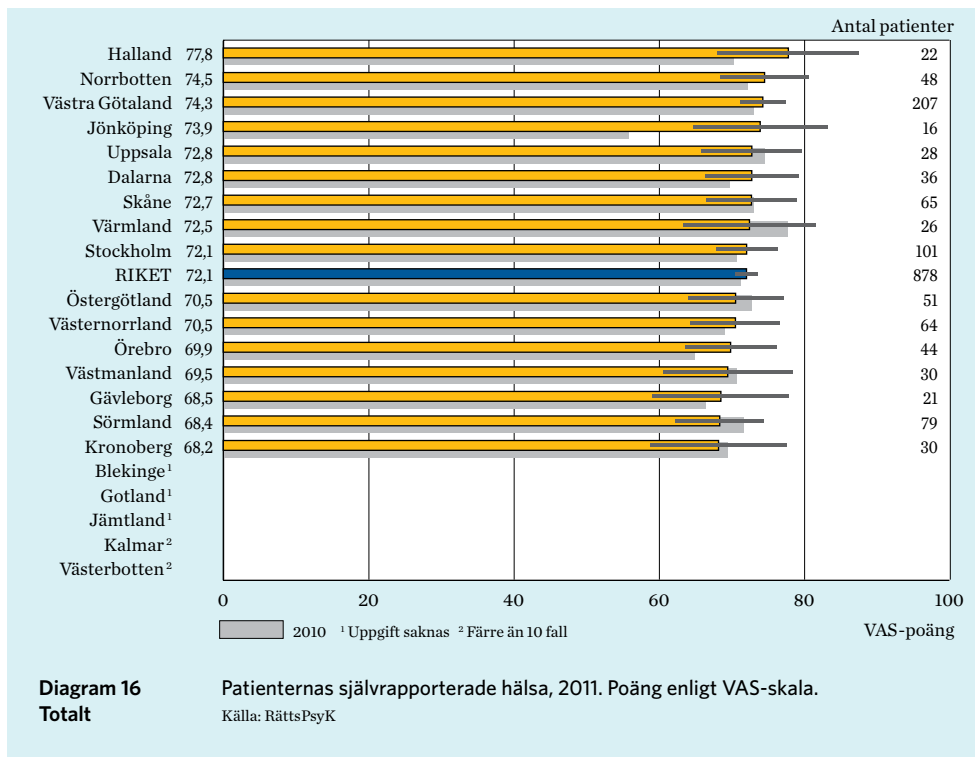
Källan är kvalitetsregistret RättspsyK. Antalet individer i registret under 2011 var 1 575, vilket motsvarar en täckningsgrad på 84 procent. Patientregistret vid Socialstyrelsen hade enligt samma jämförelse en täckningsgrad på drygt 73 procent. Den verkliga täckningsgraden för RättsPsyK är dock högre, eftersom Patientregistret innehåller alla med LRV-vård (LRV står för Lagen om Rättspsykiatrisk Vård), medan kvalitetsregistret endast innehåller patienter med LRV-dom. Alla kliniker utom en rapporterade 2011 till registret, men denna klinik har sedan dess anslutit sig till registret. Redovisning per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte patienternas hemort.

16 Patientens självrapporterade hälsa

Patientgruppen har ofta komplexa vårdbehov med flera psykiatriska och somatiska sjukdomstillstånd. Det är känt att i gruppen psykiskt sjuka finns en somatisk översjuklighet med överdödlighet som följd.

Syftet med denna indikator är att få en bild av patientens upplevda hälsa. Ett av de centrala och uppenbara uppdragen i vården är att vidmakthålla eller förbättra patientens hälsa såväl psykiskt som somatiskt. Centralt i det arbetet är patientens egen uppfattning om sin hälsa. Mätningen sker genom att patienten sätter ett kryss på en visuell analog skala (VAS-skala), som sträcker sig från 0 till 100, från ”dålig” till ”mycket bra”.

Genom indikatorn får verksamheten ännu en dimension till patientgruppens självrapporterade hälsotillstånd. Möjligheten att jämföra olika enheters utfall ger också underlag för en reflexion kring hälsobegreppet. Även skillnader mellan könen är viktiga att studera.



En svaghet i indikatorn är att den förutsätter att patienten i sin sjukdom kan tolka en VAS-skala. Här finns en risk att patienten sätter sitt kryss utifrån vad denna uppfattar att personalen vill. Dock är erfarenheten den att det ofta uppstår ett bra samtal kring patientens hälsa och att patienten uttrycker att det känns bra att frågan uppmärksam-

mas och att kunna föra ett samtal om sin hälsa. I själva måttillfället sker alltså ofta ett informationsutbyte som kan användas i den fortsatta vården.

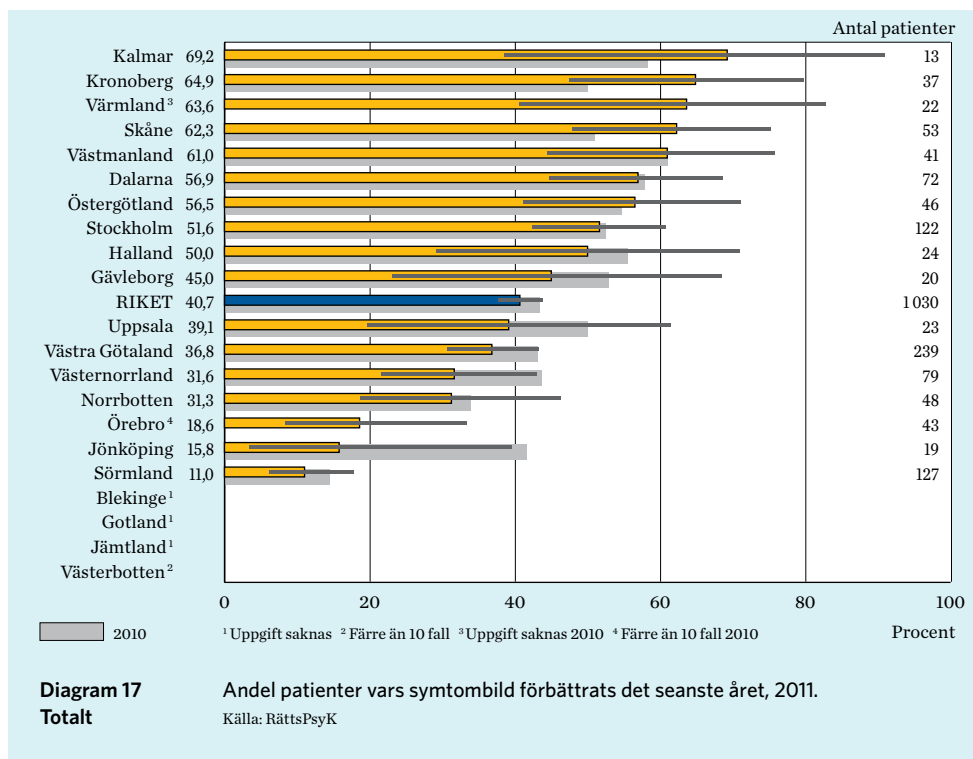
Diagram 16 visar det genomsnittliga värdet för självrapporterad hälsa enligt VAS-skalan. Jämförelsen baseras på 878 patienter. I riket är VAS-värdet 72, med en spridning mellan landstingen från drygt 68 till knappt 78. Det finns ett betydande bortfall i registreringen av denna uppgift.

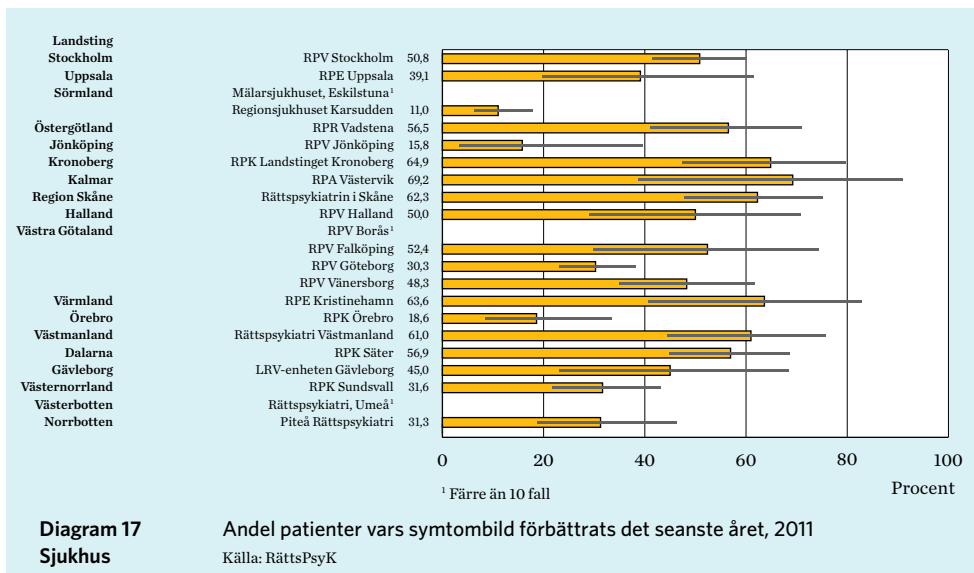
17 Förbättrad symtombild

Syftet med indikatorn är att kunna följa hur väl verksamheten lyckas förbättra patientens symtombild. Ett uppenbart syfte med vården är att behandla patientens sjukdom och därmed mildra patientens symtom.

Det finns därför ett stort intresse för att kunna se utvecklingen i detta avseende i den egna verksamheten och även att kunna jämföras med övriga landet. Även skillnader mellan könen är intressanta att få ökad kunskap om.

Indikatorn mäts genom att kliniskt verksam personal utifrån en sjugradig skala bedömer hur svåra symtom patienten har. En svaghet i indikatorn är att bedömningen inte är objektiv. För att öka samsynen kring hur olika svårighetsgrader av symtom kan bedömas har en film tagits fram där olika svårighetsgrader åskådliggörs. Filmen är tänkt





att användas som underlag för diskussion i teamet i samband med att indikatorn ska bedömas vid inrapportering till kvalitetsregistret.

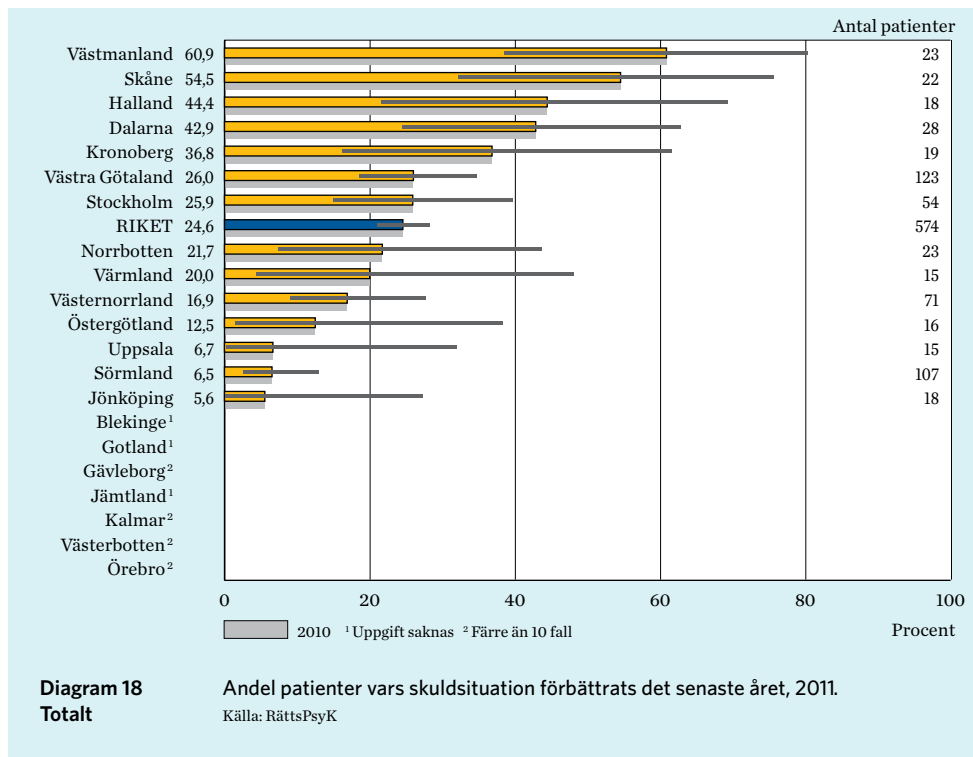
I diagram 17 visas andelen patienter som vid mättillfället 2011 bedömdes ha en förbättrad symtombild. Jämförelsen baseras på 1 030 patienter, för vilka en bedömning gjorts. I riket var andelen med förbättrad symtombild 40,7 procent, med en spridning mellan landstingen från 11 till 69 procent. Antalet patienter för vilka uppgift om symtombild fanns visas i en kolumn till höger i diagrammet.

18 Förbättrad skuldsituation

Syftet med indikatorn är att rikta uppmärksamhet mot patientens ekonomi under vårdtiden. Genom att patienten får betala vårdavgift finns det en risk att skuldbördan växer om inte åtgärder sätts in i tid. Vårdtiderna är ofta långa och en anseilig skuld kan hinna byggas upp. Det är uppenbart att en ekonomi i balans är en central förutsättning för att patienten ska ha förutsättningar att leva ett så normalt liv som möjligt i samhället efter utskrivning. Detta kan vara avgörande för att patienten efter utskrivning exempelvis ska kunna hyra en lägenhet.

Med hjälp av indikatorn kan den enskilda enheten se hur väl man lyckas med att hantera skuldsituationen. Samtidigt ges möjlighet att jämföra olika kliniker, vilket ger möjligheter att utveckla framgångsrika arbetssätt genom att goda exempel kan identifieras.

En svaghet i indikatorn är tolkningsproblem kring hur skuldsituationen förändrats sedan förra skattningstillfället. Förutsatt att patienten har en skuldsituation används i registret en gradering i tre steg: Skuldsituationen kan ha förbättrats, vara oförändrad



eller ha försämrats. Goda förutsättningar för en ökad samsyn har dock skapats genom diskussioner vid de båda årliga nationella mötena som hålls i registret.

Diagram 18 visar andelen patienter med förbättrad skuldsituation sedan tidigare mät- tillfälle. Jämförelsen baseras på 574 patienter. Enbart patienter som är har ekonomisk skuld ingår. Antalet fall per landsting visas i kolumn till höger i diagrammet. I riket hade knappt 25 procent en förbättrad skuldsituation.

KRONISKT OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM - LUFTVÄGSREGISTRET

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är som namnet antyder en kronisk progresserande sjukdom som drabbar såväl luftrör som lungor med en luftrörsförträngning och skadad lungvävnad (emfysem) som följd. Sjukdomen indelas i fyra olika stadier beroende på grad av lungfunktionsinskränkning. Man räknar med att mellan 500 000 och 700 000 individer, cirka 5–8 procent av befolkningen, är drabbad av sjukdomen men andelen som fått en korrekt ställd diagnos är mindre än 20 procent. Mörkertalet är sålunda mycket stort.

Sjukdomen innebär inte sällan en förtida död. KOL är den enda dödliga folksjukdom där dödligheten fortfarande ökar i Sverige, framförallt bland kvinnor. En betydande andel har andra samtidiga sjukdomar som ytterligare försämrar prognosen, till exempel hjärt-kärlsjukdom, diabetes, osteoporos, depression/ångest, sömnapnesyndrom och lungcancer.

De flesta patienter med KOL har sin regelbundna kontakt med primärvården, men vid en alltmer avancerad sjukdom så kräver sjukdomen ofta inneliggande vård på grund av försämringsskov, så kallade exacerbationer. Därför kommer dessa patienter inte sällan i kontakt med såväl medicin-, lungmedicin- som intensivvårdskliniker och vid komplikationer även andra enheter som exempelvis kardiologi- och ortopedikliniker. 2011 slutenvårdades enligt Patientregistret cirka 10 700 personer med diagnosen KOL, totalt knappt 18 000 vårdtillfällen.

Rökning är den enskilt största riskfaktorn för att både drabbas av sjukdomen och för att försämrans i sin sjukdom. Lågt BMI är också en viktig prognosfaktor, där ett sjunkande BMI ($< 22 \text{ kg/m}^2$) innebär ökad risk för död. Det finns vetenskapligt stöd för att patienter med två eller flera försämringsskov per år har en snabbare försämring av sin lungfunktion och en försämrad livskvalitet. Därför är det viktigt att minska risken för att dessa ska inträffa. Ett enkelt sätt är att årligen vaccinera patienter mot influensa och att se till att de har ett fullgott vaccinationsskydd mot pneumokockinfektioner. Ett annat sätt är att se till att patienterna har en adekvat medicinering i syfte att minska risken för försämringsskov.

För KOL-vården har tidigare framarbetade kvalitetsindikatorer legat till grund för de variabler som finns i kvalitetsregistret Luftvägsregistret/RiksKOL. Socialstyrelsen publicerade 2004 Nationella riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Dessa är nu under revidering där en preliminär version beräknas bli publicerad under 2014. Läkemedelsverkets rekommendationer, publicerade 2009, är i nuläget det vägledande dokumentet för god KOL-vård.

Fyra indikatorer för KOL-sjukvård redovisas. Indikatorerna är alla processmått, och visar andelen patienter som fått sin diagnos genom lungfunktionsmätning (spirometri), tillfrågats om rökvanor, vid undervikt ($\text{BMI} < 22$) erhållit dietistkontakt och som vaccinerats mot influensa.

Samtliga är baserade på data från kvalitetsregistret Luftvägsregistret. Registret har funnits sedan 2009 och samlar data från såväl primärvård som sjukhuskliniker. Deltagandegraden i termer av andel rapporterade mottagningar bedöms av registret år 2011 vara cirka 27 procent för primärvården och cirka 50 procent för lungmedicinska enheter. Vid årsskiftet 2011/2012 hade cirka 5 000 patienter totalt rapporterats till registret medan det för 2010 fanns registreringar för cirka 3 000 patienter. Någon jämförelse av täckningsgrad med Patientregistret har inte gjorts, då kvalitetsregistret behöver öka såväl antalet rapporterade enheter som antalet patienter för att detta skall vara meningsfullt. Den i nuläget låga och varierande täckningsgraden gör att registret inte kan anses ge en säkerställt representativ bild av KOL-vården. Dock ger det en viss information om hur delar av KOL-sjukvården i Sverige ser ut idag.

19 Spirometri vid KOL

Spirometriundersökning innebär att man mäter lungornas funktion och med vars hjälp man kan fastställa hur svår KOL-sjukdom patienten har, i en klassificering i fyra sjukdomsstadier, som svarar mot olika nivåer på lungfunktion. Spirometri är nödvändig för att fastställa diagnosen KOL och används löpande för att följa sjukdomsutvecklingen, och är därmed ett viktigt underlag för beslut om behandling. Luftvägsregistret mäter om spirometri utfördes vid de registrerade besöken.

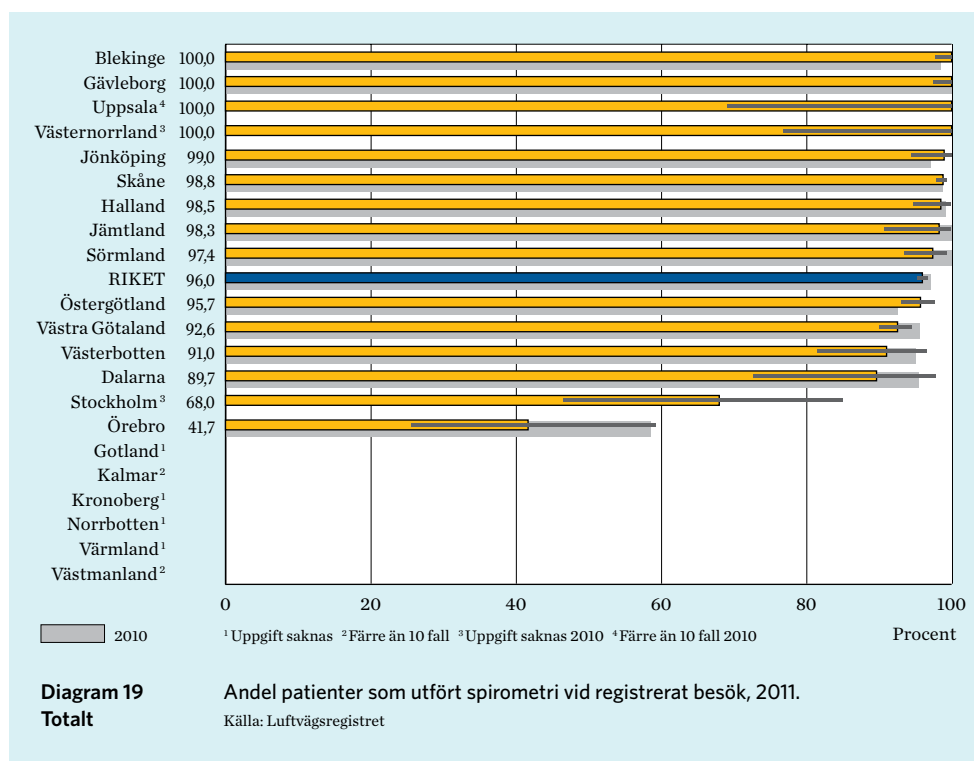


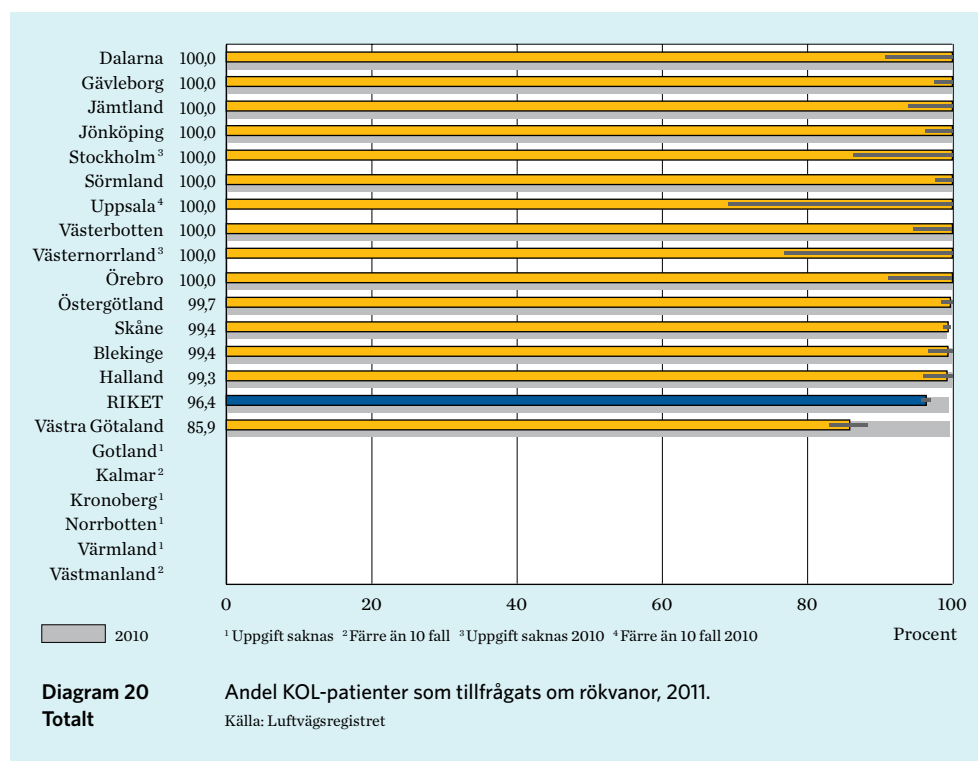
Diagram 19 visar andelen KOL-patienter som utfört spirometriundersökning under 2011. Jämförelsen baseras på 2 905 registrerade patienter. I riket hade 96 procent av KOL-patienterna utfört spirometri, med en spridning mellan landsting från 41,7 till 100 procent. Bara landsting med minst tio inrapporterade KOL-patienter under 2011 redovisas.

De enheter som deltar i registret hör samman troligen rekommendationer för KOL-vård i högre grad än övriga, generellt sett. Man kan därför förmoda att andelen som utfört spirometri är högre bland de patienter som rapporteras till Luftvägsregistret, än vad den är bland andra KOL-patienter.

20 Tillfrågats om rökning vid KOL

Hos majoriteten av patienter med KOL är rökning orsaken till sjukdom. Andelen rökare i befolkningen var 2011 elva procent och sjunker kontinuerligt, medan andelen rökare bland KOL-patienter är drygt 34 procent. Det är viktigt att klarlägga patientens rökvanor och att understödja patienten att sluta röka. Ett rökstopp gör att sjukdomsutvecklingen avstannar. Om rökstoppet sker tidigt i sjukdomsförloppet kan stoppet innebära att patienten aldrig behöver få några symtom av sin sjukdom.

Diagram 20 visar andelen KOL-patienter som tillfrågats om sina rökvanor under 2011. Jämförelsen baseras på 2 938 patienter med ett registrerat besök under 2011. I riket



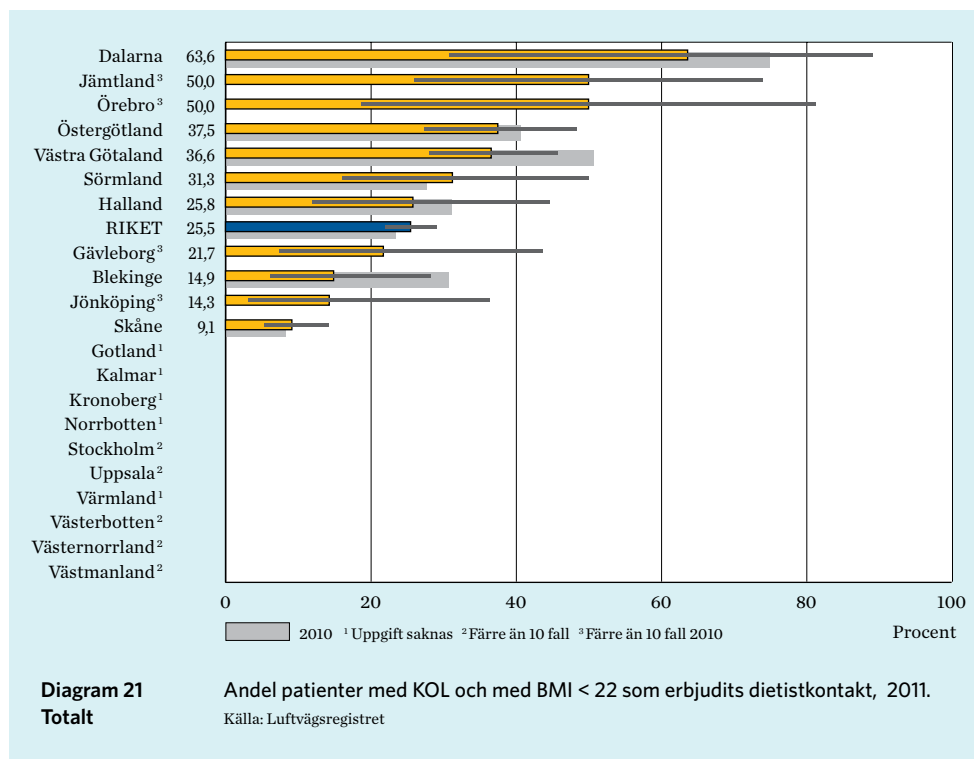
uppgår andelen som tillfrågats om rökvanor till 96 procent. Bara Västra Götalandsregionen har ett resultat som avviker negativt, medan övriga ligger på 99–100 procent.

Andelen patienter som tillfrågats om rökvanor bör vara 100 procent, med anledning av den nära kopplingen mellan KOL-sjukdomen och prognos vid fortsatt rökning samt med anledning av den risk för återfall i rökning som alltid finns oavsett tidigare rökstopp.

Luftvägsregistret mäter även andelen rökare som erbjudits rökavvänjning och andelen patienter som slutat röka, men för dessa båda mått är antalet patienter som underlag för jämförelser färre (eftersom inte alla KOL-patienter är rökare). Dessa mått visas dock i kvalitetsregistrets årsrapport för 2011.

21 Dietistkontakt vid lågt BMI

Låg kroppsmassa är särskilt ogynnsamt hos patienter med KOL. Redan vid ett BMI < 22 kan man se en försämrad prognos och med ytterligare lägre BMI en ökad risk för död. Drygt var femte patient i Luftvägsregistret har BMI under 22, vilket innebär undernäring, malnutrition. Det är viktigt att tidigt identifiera undernäring och försöka förebygga en försämring hos dessa patienter. Att förebygga är enklare än att häva en redan uppkommen svår malnutrition. Enligt behandlingsriktlinjer för KOL-sjukvård



skall patienter med BMI < 22 erbjudas dietistkontakt, i syfte att klarlägga behov av och förändra kost- och näringsintag. Uppgift om detta registreras i Luftvägsregistret.

Diagram 21 visar andelen patienter med KOL och BMI < 22 som erbjudits dietistkontakt under 2011. Jämförelsen baseras på uppgifter om 612 patienter. Enbart landsting med fler än 10 fall redovisas. Från fem landsting saknas uppgift helt. I riket uppgår andelen som erbjudit dietistkontakt till 25,5 procent, med en variation mellan de redovisade landstingen från 9 till knappt 64 procent. Andelen som erbjuds dietistkontakt är i riket betydligt högre vid specialiserade mottagningar än i primärvård.

BMI är en mycket viktig prognostisk faktor vid KOL. Därför är det inte tillfredsställande att enbart 25 procent av patienter med undervikt och KOL erbjuds dietistkontakt. Andelen borde vara betydligt högre. En orsak kan vara att tillgången till dietist inom primärvården brister. Detta är något som bör uppmärksammas.

22 Influensavaccination vid KOL

En person med nedsatt lungfunktion som drabbas av en svårartad infektion löper större risk att få svårare komplikationer än vad en frisk person gör. Därför rekommenderas personer med KOL att oavsett ålder vaccinera sig dels mot influensa varje år, dels mot pneumokockinfektioner (som orsakar lunginflammation) två gånger med fem års mellanrum. Här visas uppgifter enbart om vaccination mot influensa.

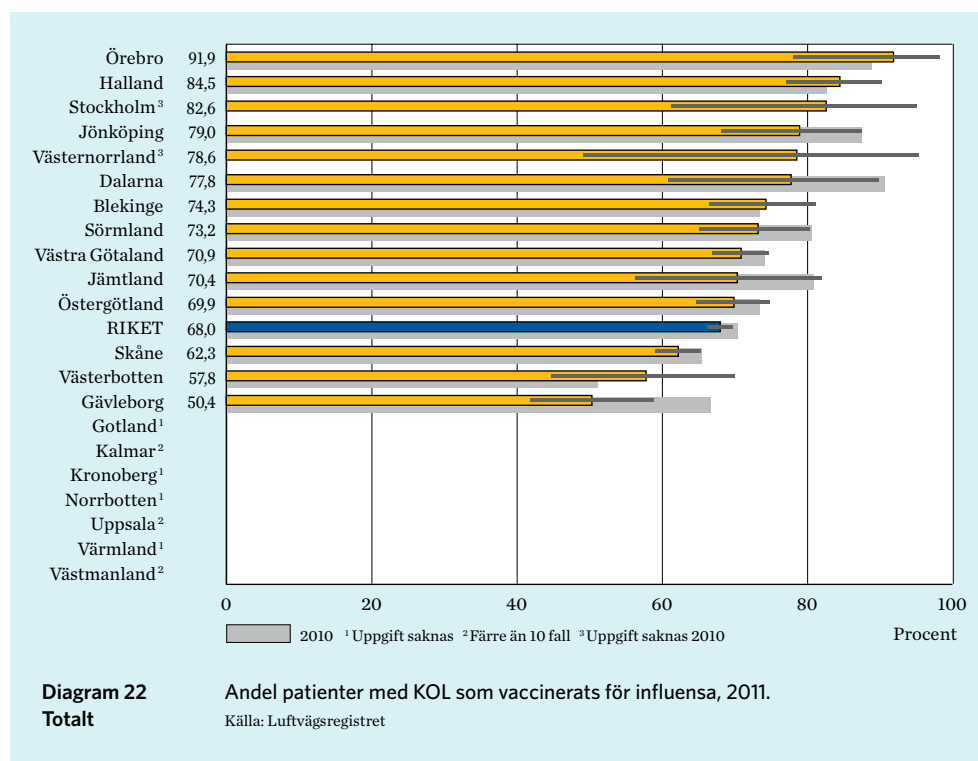


Diagram 22 visar andelen patienter med KOL som vaccinerades mot influensa 2011. Jämförelsen baseras på 2 717 personer. I riket var andelen 68 procent, med en variation mellan de redovisade landstingen mellan drygt 50 och knappt 92 procent.

Luftvägsregistret har satt som mål att 80 procent av patienterna skall vaccineras. Tre av de redovisade landstingen når detta mål, medan övriga inte gör det, men har olika långt kvar till målnivån.

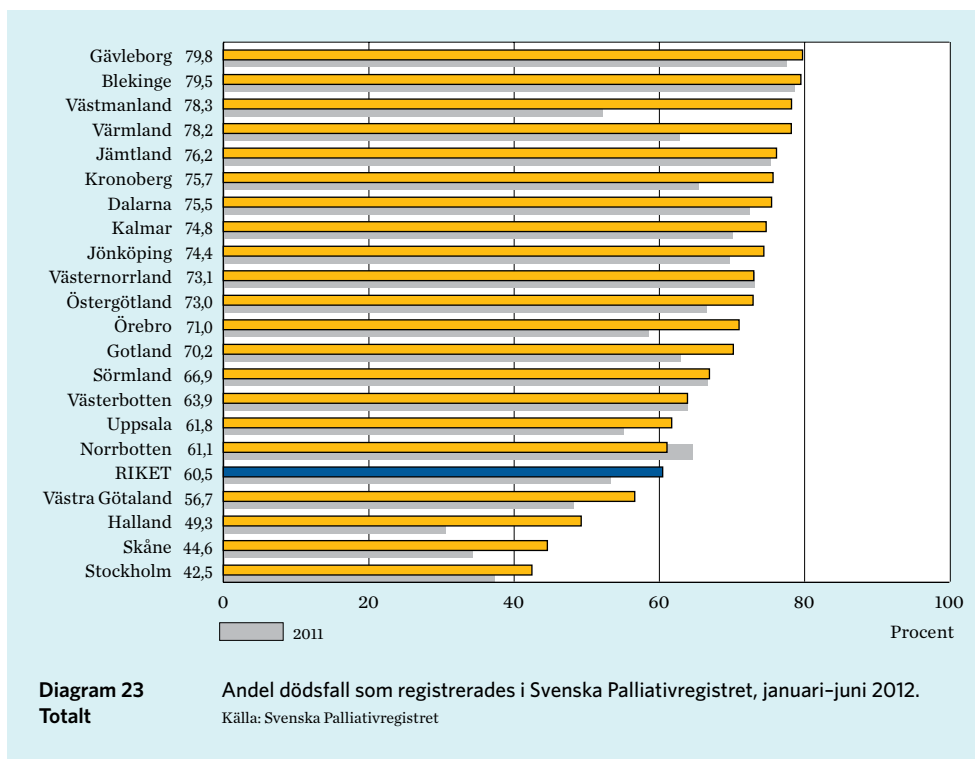
Årlig influensavaccination är en enkel och billig förebyggande behandling vid KOL. Det bör därför vara möjligt för landstingen att kraftsamla och med olika åtgärder se till så att andelen som vaccineras höjs.

PALLIATIV VÅRD - PALLIATIVREGISTRET

Palliativ vård avser de lindrande åtgärder man kan vidta när det inte längre finns någon botande behandling att erbjuda. Vissa människor lever med en obotlig sjukdom i åtskilliga år, medan andra är fria från symtomgivande sjukdom ända tills det är mycket kort tid kvar. Drygt 90 000 personer dör i Sverige varje år. Över 70 000 av dessa lever den sista tiden i kontakt med olika vårdgivare, som tillsammans bör kunna erbjuda alla ett likvärdigt vårdinnehåll den sista tiden i livet.

Svenska Palliativregistrets syfte är att successivt utveckla den palliativa vårdens kvalitet, oavsett vilken vårdgivaren är. Detta görs genom att vårdpersonalen som vårdat en nyligen avliden dels fyller i en enkät om hur de sista 1–2 veckorna i patientens liv var, dels fyller i en enkät varje år om vilka resurser och rutiner man har för att erbjuda god palliativ vård. Till registret kan alla vårdenheter rapportera, både kommunalt och landstingskommunalt drivna eller finansierade.

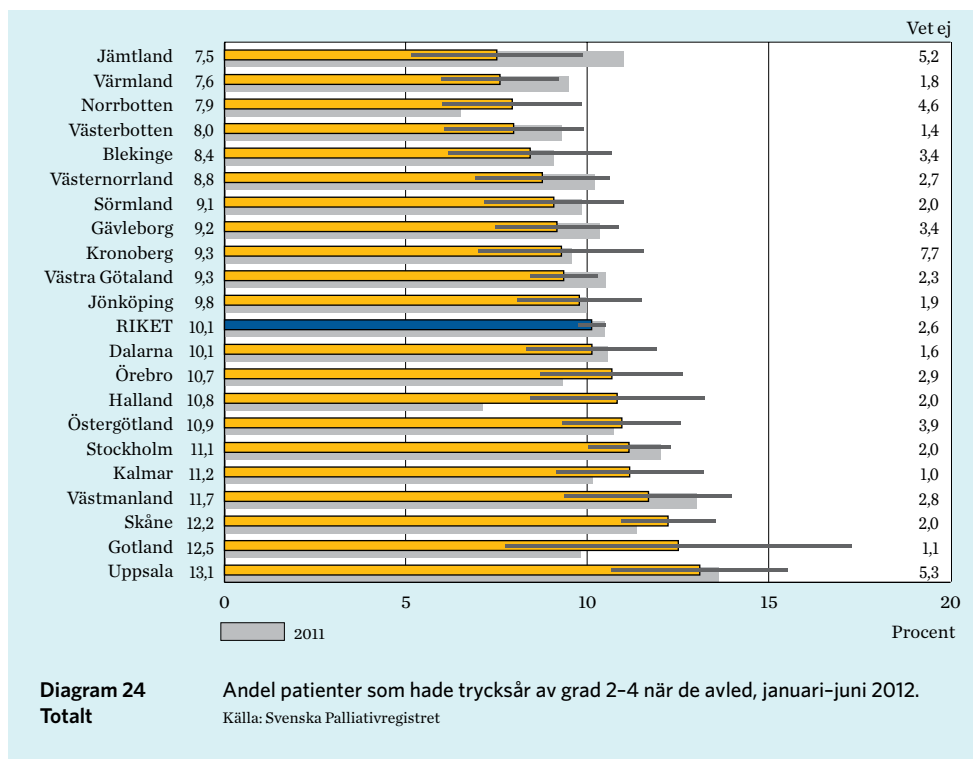
I de preliminära riktlinjerna för palliativ vård som kom sommaren 2012 har Socialstyrelsen angett åtta indikatorer med Svenska Palliativregistret som källa. Tre av dessa redovisas i Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård 2012 och de återstående fem redovisas här.



23 Täckningsgrad för palliativregistret

Täckningsgraden avser att spegla i vilken utsträckning vården är kunskapsbaserad. Registreringsgraden kan ses som en strukturell indikator på hur aktiv ett landsting, en kommun eller en vårdgivare är i att följa upp sina resultat. För Svenska Palliativregistret sker för närvarande en ekonomisk satsning genom en överenskommelse mellan regeringen och SKL för att förbättra täckningsgraden i registret. Täckningsgraden kan mätas på olika nivåer, som landstings- och kommunnivå, men även på nivåer såsom sjukhus, särskilt boende, specialiserade enheter, hemsjukvård. Viss vård och vissa omsorgsformer har en bättre täckningsgrad av sina patienter. Detta gäller till exempel särskilt boende, i relation till sjukhus. Registrets mål för täckningsgraden är att alla förväntade dödsfall ska registreras, det vill säga cirka 80 procent av samtliga dödsfall i befolkningen.

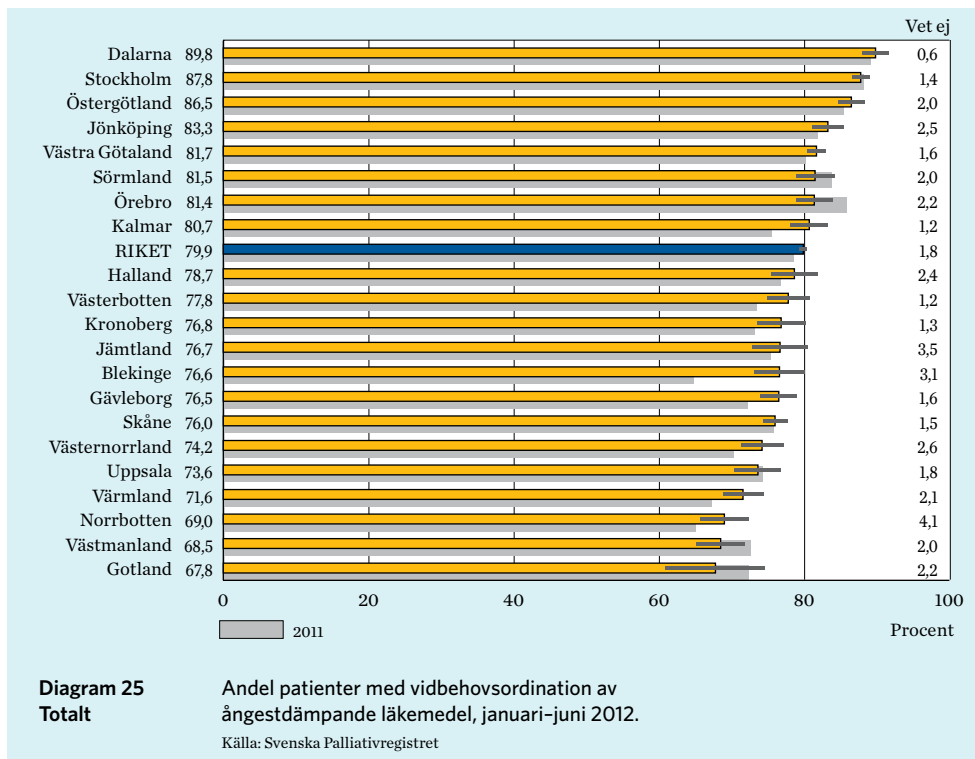
Diagram 23 visar andelen registrerade dödsfall av samtliga döda under första halvåret 2012. Under detta halvår avled 47 248 personer, av vilka 28 607 registrerades i Palliativregistret. I riket var täckningsgraden 60,5 procent, med en spridning mellan landsting/län från 42,5 till 79,8 procent.



24 Förekomst av trycksår av grad 2-4

Att mäta förekomst av trycksår är en viktig del i ett arbete för säker omvårdnad. Trycksår kan försämra livskvaliteten kraftigt den sista tiden i livet. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas att trycksår hos sängbundna patienter skall förebyggas med tryckutjämnande madrass. Ett gott arbete med trycksårsprofylax kan minska frekvensen av trycksår och att mäta förekomsten är en förutsättning för att kunna sätta in åtgärder vid behov. Trycksår registreras i Svenska Palliativregistret enligt en fyrgradig skala, där grad 2, 3 och 4 är de nivåer som ingår i indikatorn, enligt modifierad Norton-skala.

Diagram 24 visar andel patienter med förekomst av trycksår av grad 2-4 vid dödsfall första halvåret 2012. Jämförelsen baseras på 24 011 registrerade patienter. I riket var värdet 10,1 procent, med en spridning mellan landsting från 7,5 till 13,1 procent. Till höger i diagrammet redovisas andelen "Vet-ej"-svar, vilka ingår i nämnaren.

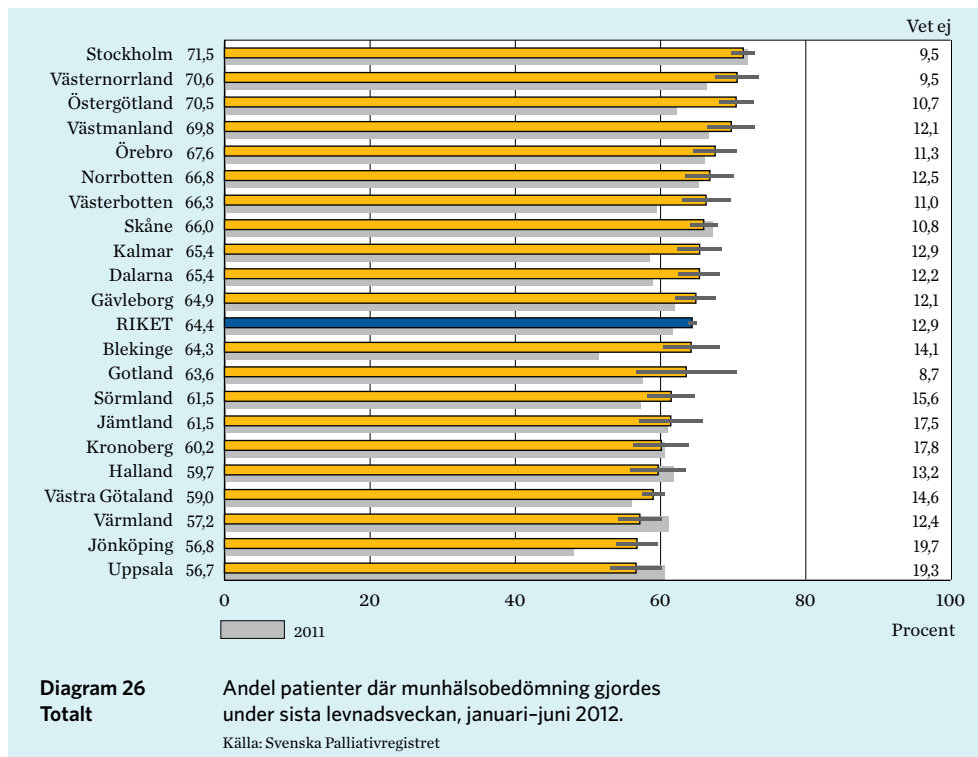


25 Vidbehovsordination av ångstdämpande läkemedel

Symtomlindring är en av hörnstenarna i palliativ vård. Att känna oro för det okända, som att dö, är fullt naturligt. När oron övergår i ångest som framkallar starkare psykiska och fysiska symtom, skall behandling erbjudas, precis som vid alla andra symtom som kan uppstå. Ångest kan behandlas på flera olika sätt, men när det är kort tid kvar i livet bör man prioritera den behandling som har snabbast effekt.

Förekomst av ångest är vanlig oavsett vilken diagnos som har lett till den palliativa vården. Ångestattacker kan komma hastigt och orsaka ett stort lidande för den döende patienten. Därför skall relevanta läkemedel kunna sättas in vid behov, oavsett när det uppstår. I Svenska Palliativregistret registreras i vilken utsträckning patienten haft en vidbehovsordination innan dödsfallet. Detta kan ses som en förutsättning för att patienten ska kunna bli symtomlindrad när eller om behovet dyker upp.

Diagram 25 visar andelen patienter som hade en vidbehovsordination av ångstdämpande läkemedel vid dödsfallet, vid dödsfall under första halvåret 2012. Jämförelsen baseras på 23 569 registrerade patienter. I riket var värdet 79,9 procent, med en spridning mellan landsting från 67,8 till 89,8 procent. Till höger i diagrammet redovisas andelen "Vet-er"-svar. Dessa ingår inte i nämnaren. Palliativregistret har satt som mål att 100 procent av patienterna skall ha vidbehovsordination av ångstdämpande läkemedel.

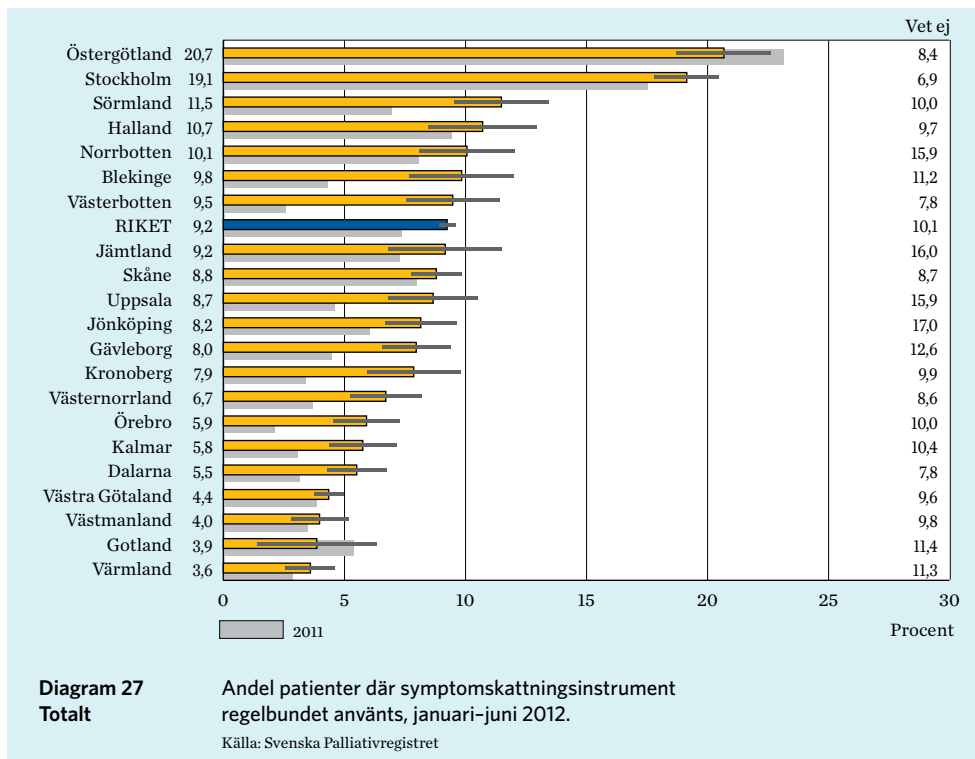


26 Munhälsobedömning under sista levnadsveckan

Problem i munnen kan bland annat bero på svampinfektion, som i sin tur kan påverka flera funktioner, till exempel förmågan att svälja, tala och sova, med kraftig påverkan på livskvaliteten. Riktlinjen har tre rekommendationer för munhälsa. Dessa berör läkemedel mot oral svampinfektion, med systemisk respektive lokal effekt, vid kliniska tecken på svampinfektion, samt regelbunden användning av bedömningsinstrument för munhälsa.

Det finns för närvarande ingen möjlighet att följa upp dessa specifika rekommendationer. Att ha kontroll på munstatus i livets slutskede är dock betydelsefullt och detta följs i stället upp med en övergripande indikator som mäter huruvida en dokumenterad bedömning har genomförts under sista veckan i livet. I Palliativregistret mäts detta i tre led. Först besvaras frågan om munhälsobedömning gjorts, därefter om det upptäcktes några avvikelser och till sist om den gjorda bedömningen dokumenterats.

Diagram 26 visar andelen patienter som hade en munhälsobedömning gjord under sista levnadsveckan, vid dödsfall under första halvåret 2012. Jämförelsen baseras på 24 011 registrerade patienter. I riket var värdet 64,4 procent, med en spridning mellan landsting från 56,7 till 71,5 procent. Av dessa munhälsobedömningar var cirka 60 procent dokumenterade, enligt uppgift från kvalitetsregistret. Till höger i diagrammet



redovisas andelen ”Vet-ej”-svar, vilka ingår i nämnaren. Palliativregistret har satt som mål att 100 procent av patienterna skall ha fått en munhälsobedömning.

27 Regelbunden användning av symtomskattningsinstrument

Regelbunden användning av symtomskattningsinstrument rekommenderas högt i de nationella riktlinjerna. För närvarande krävs ett utvecklingsarbete för att detta ska kunna mätas nationellt på ett relevant sätt. Ett sätt att börja mäta denna kvalitetsaspekt kan vara att efterfråga förekomsten av regelbunden användning av symtomskattningsinstrument.

Diagram 27 visar andelen patienter där symtomskattningsinstrumentet regelbundet används, vid dödsfall under första halvåret 2012. Jämförelsen baseras på 28 658 registrerade patienter. I riket var värdet 9,3 procent, med en spridning mellan landsting från 3,9 till 20,7 procent. Till höger i diagrammet redovisas andelen ”Vet-ej”-svar. Dessa ingår inte i nämnaren. Palliativregistret har satt som mål att symtomskattningsinstrumentet skall användas för alla patienter.

OPERATION FÖR GIFTSTRUMA OCH PHPT - KVALITETSREGISTRET SQ RTPAS

I storleksordningen 200 000 personer i Sverige har någon form av sköldkörtelrubbing. Kvinnor drabbas betydligt oftare än män. Det finns sannolikt betydande mörkertal, bland annat som följd av att symtomen är diffusa.

Sköldkörteln sitter på framsidan av halsen och har funktionen att styra ämnesomsättningen i kroppen genom att utsöndra sköldkörtelhormon. Struma är en gemensam benämning på alla former av förstorad sköldkörtel, men är inte en sjukdom i sig. Hypertyreos eller giftstruma är ett tillstånd där sköldkörteln producerar för mycket sköldkörtelhormon, vilket resulterar i för hög ämnesomsättning.

Symtomen kommer ofta smygande och kan lätt blandas ihop med tecken på stress. Tecken på hypertyreos kan vara att man svettas och känner sig varm, är trött eller har hjärtklappning och högre puls. Att man går ner i vikt, lätt blir irriterad, arg och gråter, känner muskelsvaghet eller är lös i magen är några ytterligare av flera förekommande symtom.

Hypertyreos eller giftstruma kan behandlas med läkemedel, med radioaktivt jod eller genom operation, då oftast hela eller större delen av sköldkörteln tas bort. Vilken av behandlingarna man väljer beror bland annat på typ av hypertyreos, patientens ålder och om patienten har någon annan sjukdom eller är gravid.

Primär hyperparathyroidism (PHPT) innebär att en eller flera av de fyra bisköldkörtlarna producerar för mycket bisköldkörtelhormon, vilket leder till kalköverskott i blodet, så kallad hyperkalcemi. PHPT leder på sikt till urkalkning av skelettet. Man kan också få mer diffusa symptom som trötthet, anorexi, illamående och muskelsmärter. PHPT leder också till ökad sjuklighet i hjärt-kärlsjukdomar. PHPT är en vanlig sjukdom, som i Sverige drabbar cirka en procent av befolkningen. Bland kvinnor i åldern 50–75 år är förekomsten två-tre procent. Den rekommenderade behandlingen vid symptomgivande PHPT är operation, där en eller flera av bisköldkörtlarna opereras bort.

Här visas tre kvalitetsindikatorer som avser operationer dels vid PHPT, dels av patienter med Graves sjukdom, som är den vanligaste formen av giftstruma. Enbart primäroperationer och vid icke-ärfvlig sjukdom (avser PHPT) ingår, eftersom detta gör att den studerade patientgruppen blir mer enhetlig och därmed gör jämförelser mellan landsting och mellan sjukhus meningsfull. Alla tre måtten är resultatmått.

Källan till indikatorerna är Scandinavian Quality Register for Thyroid, Parathyroid and Adrenal Surgery, SQ RTPAS, som varit i drift sedan 2004. Registret är ett åtgärdsregister som utgår från kirurgisk behandling av sköldkörtel-, bisköldkörtel- och binjursjukdom.

2011 registrerades data för knappt 2 900 operationer. 31 av 38 kliniker som utför sköldkörtelkirurgi rapporterade 2011 till registret, medan motsvarande uppgift för bisköld-

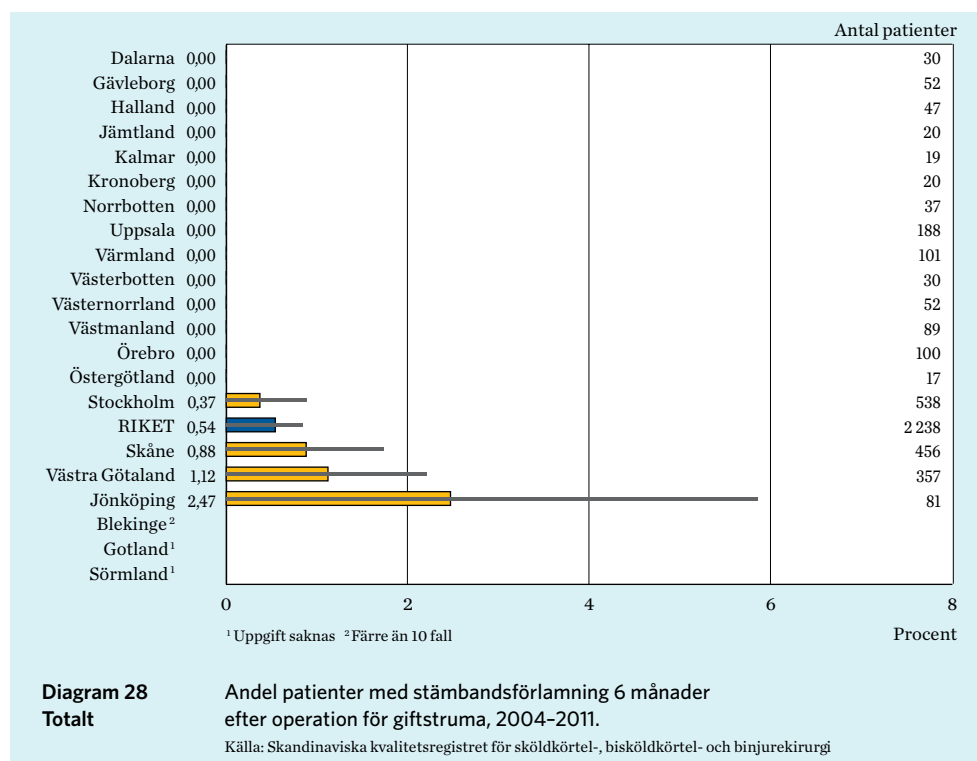
körtelkirurgi var 28 av 30. Täckningsgrad avseende antalet operationer 2011 var 93 procent (sköldkörtel) respektive 94 procent (bisköldkörtel). Datakvalitet i registret studeras sedan 2006 och tyder på god datakvalitet – ej registrerade eller felregistrerade patienter är färre än fem procent av alla.

Utöver uppgifter i samband med operationen och tiden fram till utskrivning från sjukhus, registreras data från två uppföljningstillfällen, dels vid upp till sex veckor, dels vid 6–12 månader efter operationen. Utöver komplikations- och resultatmått som de som här redovisas, skall registret även påbörja mätning av patientrapporterade utfall, så kallade PROM.

28 Stämbandsförlamning efter operation för giftstruma

En sällsynt men allvarlig komplikation efter operation vid Graves sjukdom är stämbandsförlamning. Stämbandsnerverna löper mycket nära sköldkörteln och kan påverkas när denna opereras bort. Stämbandsförlamning är oftast övergående och patienten kan få tillbaka en god röstfunktion med stöd av logopedisk eller foniatrisk kompetens. Stämbandsförlamning 6 månader efter operationen tyder på att skadan troligen kommer att vara bestående.

Diagram 28 visar andelen patienter som sex månader efter operation för giftstruma hade stämbandsförlamning. Jämförelsen baseras på 2 238 patienter som opererats



Tabell 28
Sjukhus

Risk för stämbandsförlamning 6 månader efter operation för giftstruma – oddskvot per klinik, 2004–2011.

Källa: Skandinaviska kvalitetsregistret för sköldkörtel-, bisköldkörtel- och binjurekirurgi

Sjukhus	Antalet fall	Oddskvot (OR)	95% KI för OR	Rank	95% KI för rank
Skånes universitetssjukhus, Lund	232	0,71	0,24–2,10	1	1–24
Akademiska sjukhuset, Uppsala	188	0,79	0,25–2,46	2	1–25
Centralsjukhuset i Karlstad	99	0,84	0,26–2,69	3	1–25
Universitetssjukhuset Örebro	100	0,84	0,26–2,69	4	1–25
Västerås lasarett	89	0,87	0,27–2,80	5	1–25
Gävle sjukhus	52	0,91	0,27–3,02	6	1–26
NU-sjukvården, Trollhättan/NÄL	46	0,92	0,28–3,07	7	1–25
Sundsvalls sjukhus	52	0,92	0,28–3,08	8	1–25
Länssjukhuset i Halmstad	40	0,92	0,28–3,09	9	1–26
Västerviks sjukhus	19	0,92	0,07–12,10	10	1–26
Sunderbyns sjukhus	37	0,93	0,28–3,15	11	1–25
Universitetssjukhuset i Linköping	17	0,94	0,07–13,04	12	1–27
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå	30	0,94	0,28–3,19	12	1–26
Falu lasarett	30	0,94	0,28–3,20	13	1–26
SÄ-sjukvården, Borås	22	0,96	0,28–3,27	14	1–26
Österunds sjukhus	20	0,96	0,28–3,28	15	1–26
Växjö lasarett	10	0,98	0,28–3,40	16	1–26
Varbergs sjukhus	7	0,99	0,28–3,43	17	1–26
Ljungby lasarett	10	0,99	0,28–3,45	18	1–26
Kungälv's sjukhus	4	0,99	0,28–3,46	19	1–26
Blekingesjukhuset, Karlskrona	4	0,99	0,28–3,47	20	1–26
Danderyds sjukhus	28	1,00	0,07–15,05	21	1–26
Karolinska, Solna	538	1,10	0,40–3,02	22	2–26
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	77	1,27	0,39–4,12	23	2–26
Helsingborgs lasarett	146	1,42	0,49–4,12	24	3–26
Kristianstads sjukhus	78	1,68	0,54–5,18	25	3–26
SU Sahlgrenska, Göteborg	285	1,75	0,68–4,51	26	5–26

under perioden 2004-2011. Enbart förstagsoperationer ingår. Under 2011 opererades 297 patienter. Andelen uppföljda för stämbandsförlamning sex månader efter operation var 80 procent. I riket är andelen patienter med stämbandsförlamning 0,5 procent, vilket motsvarar 12 fall. Alla kliniker utom fem har inget fall av förlamning. Trots att antalet fall av stämbandsförlamning är litet är det ett viktigt kvalitetsmått för klinikerna att följa.

Även den så kallade oddskvoten visas, men då per klinik – se tabell 540. Oddskvoten är ett mått på risken att drabbas av stämbandsförlamning, där OR större än 1 tyder på högre risk och vice versa. Rankingposition för klinikerna anges, liksom konfidensintervall för denna position. Oddskvoten skiljer sig åt även mellan de sjukhus som har noll fall av stämbandsförlamning, eftersom de opererat olika många patienter.

29 D-vitaminbehandling (bisköldkörtelskada) efter operation för giftstruma

När sköldkörteln opererats bort är det vanligt att övergående hypokalcemi (kalköverskott i blodet) uppkommer på grund av påverkan på bisköldkörtelfunktionen. Bisköldkörtelarna bör under en sköldkörteloperation identifieras och sparas på halsen. Om bisköldkörtelfunktionen fungerar sämre ges kalk och eller D-vitamin till patienten, för att höja kalknivån i blodet till normala nivåer. Om behandling med D-vitamin kvarstår sex månader efter operationen tyder detta på att tillståndet inte är övergående. Patienter har då ganska stor risk att behöva ha D-vitamin tillskott permanent. Förekom-

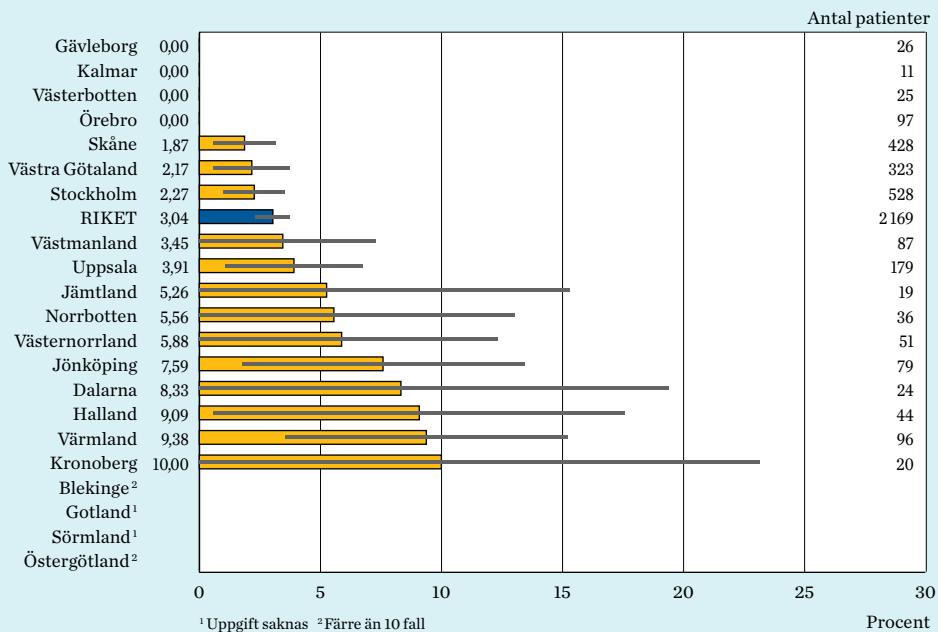


Diagram 29 Andel patienter med D-vitaminbehandling (sköldkörtelskada) 6 månader efter operation för giftstruma, 2004–2011.

Källa: Skandinaviska kvalitetsregistret för sköldkörtel-, bisköldkörtel- och binjurekirurgi

Tabell 29 Risk för D-vitaminbehandling (sköldkörtelskada) 6 månader efter operation för giftstruma – oddskvot per klinik, 2004–2011

Källa: Skandinaviska kvalitetsregistret för sköldkörtel-, bisköldkörtel- och binjurekirurgi

Sjukhus	Antalet fall	Oddsquot (OR)	95% KI för OR	Rank	95% KI för rank
Universitetssjukhuset Örebro	100	0,55	0,21–1,48	1	1–22
Skånes universitetssjukhus, Lund	232	0,62	0,28–1,37	2	1–22
Gävle sjukhus	52	0,69	0,24–1,98	3	1–24
Karolinska universitetssjukhuset	538	0,70	0,34–1,44	4	1–23
Västerviks sjukhus	19	0,70	0,06–7,56	5	1–26
Helsingborgs lasarett	146	0,70	0,30–1,67	6	1–23
Universitetssjukhuset i Linköping	17	0,75	0,06–8,64	7	1–27
SU Sahlgrenska, Göteborg	285	0,73	0,35–1,52	7	1–23
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå	30	0,78	0,26–2,34	8	1–25
Växjö lasarett	10	0,91	0,28–2,97	9	1–25
NU-sjukvården, Trollhättan/NÅL	46	0,93	0,33–2,61	10	1–25
Varbergs sjukhus	7	0,93	0,28–3,08	11	1–26
Sundsvalls sjukhus	52	0,95	0,34–2,66	12	1–25
Ljungby lasarett	10	0,96	0,29–3,19	13	1–26
Kungälv sjukhus	4	0,96	0,29–3,22	14	1–26
Blekingesjukhuset, Karlskrona	4	0,96	0,29–3,23	15	1–26
Kristianstads sjukhus	78	0,97	0,38–2,47	16	2–25
Danderyds sjukhus	28	0,98	0,07–13,92	17	1–26
SÅ-sjukvården, Borås	22	1,12	0,37–3,36	18	2–26
Östersunds sjukhus	20	1,13	0,38–3,43	19	2–26
Västerås lasarett	89	1,14	0,47–2,77	20	2–26
Akademiska sjukhuset, Uppsala	188	1,27	0,59–2,73	21	3–26
Sunderbyns sjukhus	37	1,29	0,47–3,57	22	2–26
Falu lasarett	30	1,37	0,49–3,88	23	3–26
Länssjukhuset i Halmstad	40	1,93	0,76–4,88	24	6–26
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	77	2,03	0,85–4,81	25	7–26
Centralsjukhuset i Karlstad	99	2,18	1,05–4,56	26	8–26

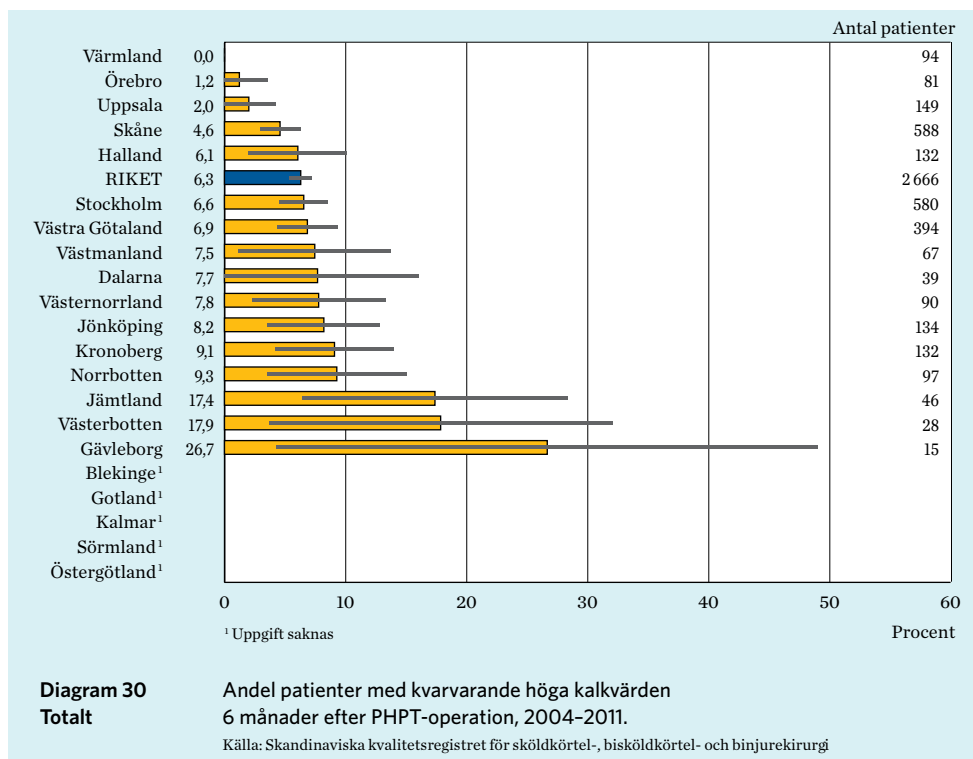
sten av D-vitaminbehandling efter sex månader skall således ses som ett resultat av en komplikation i samband med operationen.

I diagram 29 visas andelen patienter med D-vitaminbehandling sex månader efter operation för giftstruma. Jämförelsen baseras på 2 169 patienter som opererades under 2004–2011. I riket är andelen patienter tre procent, med en variation mellan landsting från noll till drygt nio procent. För sjukhus visas oddskvoten (OR) och konfidensintervallsgränser för OR. Vid beräkning av oddskvoten har hänsyn tagits till patienternas kalknivåer före operationen.

30 Kvarstående höga kalkvärden (hyperkalcemi) efter operation av PHPT

Patienter med primär hyperparatyroidism (PHPT) har hyperkalcemi, kalköverskott i blodet som följd av för hög produktion av bisköldkörtelhormon. Om hyperkalcemin finns kvar 6 månader efter operationen är detta ett tecken på att operationen misslyckats. För att hitta de små bisköldkörtlarna krävs stor kirurgisk träning.

Diagram 30 visar andelen patienter som 6 månader efter operationen har kvarstående hyperkalcemi. Jämförelsen baseras på 2 666 patienter som opererades 2004–2011. Enbart patienter som genomgått förstagångsoperation för icke-ärftlig sjukdom ingår i underlaget för diagrammet för landsting. Andelen uppföljda patienter var 85 procent. I riket var andelen med hyperkalcemi 6,3 procent, med en variation mellan landsting från noll till knappt 27 procent.



HÖRSELFÖRBÄTTRANDE OPERATION – OTOSKLEROSREGISTRET

Otoskleros är en troligen nedärvd sjukdom som endast är lokaliserad till temporalbenet, den beniga labyrinthen och stigbygeln. Stigbygeln är ett ben i örat som är rörligt, så att ljudvibrationerna kan ledas in i innerörat. Otoskleros är en sjukdom där det bildas ben runt stigbygeln, som då växer fast. Detta innebär ett hinder för ljudet att nå innerörat och leder till ett ledningshinder och hörselnedsättning.

Det är den vanligaste orsaken till hörselnedsättning och drabbar cirka 0,3 procent av befolkningen, huvudsakligen i medelåldern och fler kvinnor än män. Behandlingen är antingen en konventionell hörapparat och/eller kirurgi beroende av graden av hörselnedsättning. Patienterna informeras om båda behandlingsalternativen. Varje år opereras cirka 450 patienter med syftet att förbättra hörseln eller förbättra eller möjliggöra användningen av hörapparat. Under en tioårsperiod har antalet operationer i Sverige varierat mellan 380 till 580 operationer per år.

Vid operationen ersätts stigbygeln med en protes. Operationen ger vanligtvis mycket god hörsel. Ett fåtal patienter får oförändrad hörsel eller i sällsynta fall nyttillkommen tinnitus efter operationen.

Två kvalitetsmått visas för denna hörselförbättrande operation, som båda baseras på data från Otosklerosregistret, som är ett delregister inom Nationella kvalitetsregistret för Öron-, Näs- och Halssjukvård. Registret har funnits sedan 2004 och innehåller nu över 3 000 opererade patienter. Alla utom en av 25 kliniker medverkar nu i registret. Täckningsgraden avseende operationer ligger på cirka 80 procent, enligt en jämförelse med Patientregistret vid Socialstyrelsen. Sörmland, Jämtland och Västernorrland remitterar patienter till annat landsting.

31 Hörselförbättring efter operation

Hörselförbättringen efter operationen mäts i decibel, genom den uppmätta luftledningsvinsten. Själva måttet utgörs av minskningen av ledningshindret, som mäts både före och ett år efter operationen. Ju större hörselvinst, desto bättre är resultatet. Men hörselvinsten beror även på hur nedsatt hörseln är innan operationen. Vid måttlig hörselnedsättning, men dock besvärande för patienten, blir vinsten inte lika stor. Om hörseln är mycket nedsatt är det troligare att hörselvinsten blir större. Patienternas hörselnedsättning före operationen kan variera mellan kliniker, vilket således påverkar resultatet vid jämförelser.

Diagram 31 visar den uppnådda genomsnittliga hörselvinsten (luftledningsvinsten) i decibel efter operationen. Jämförelsen baseras på 657 patienter som opererades under 2009–2010. I riket var luftledningsvinsten 23,5 decibel, med en variation mellan landsting på 17 till 26 decibel. Bara förstagångsoperationer ingår, och där benledning före operationen var < 35 dB (0,5, 1, 2, 4 kHz). Riksgenomsnittet motsvarar internationella resultat.

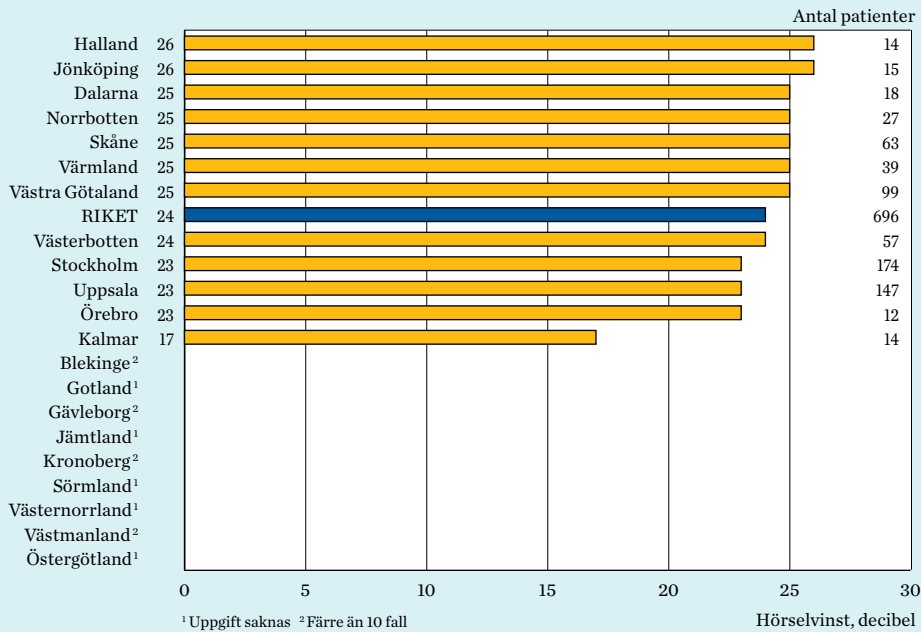


Diagram 31 Hörselvinst ett år efter hörselförbättrande operation, 2009-2010. Hörselvinst anges i decibel.
Totalt

Källa: Otoklerosregistret, ÖNH-registret

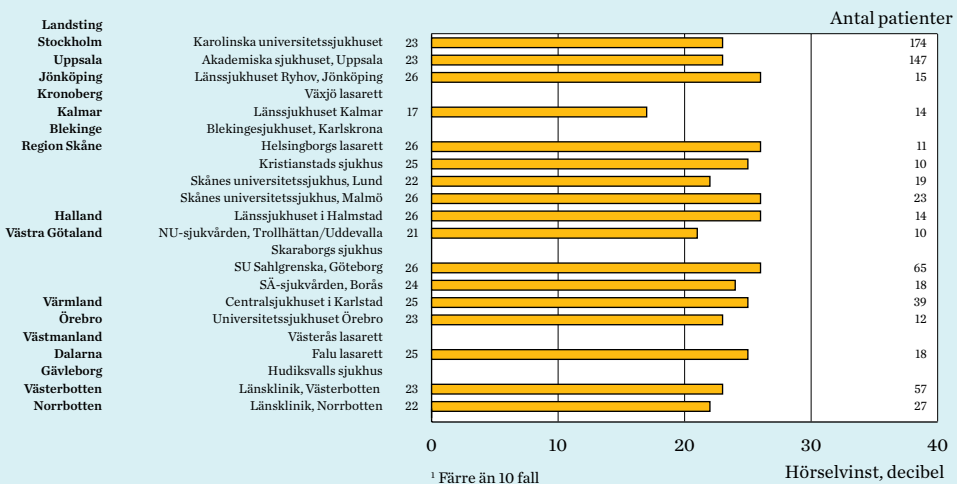
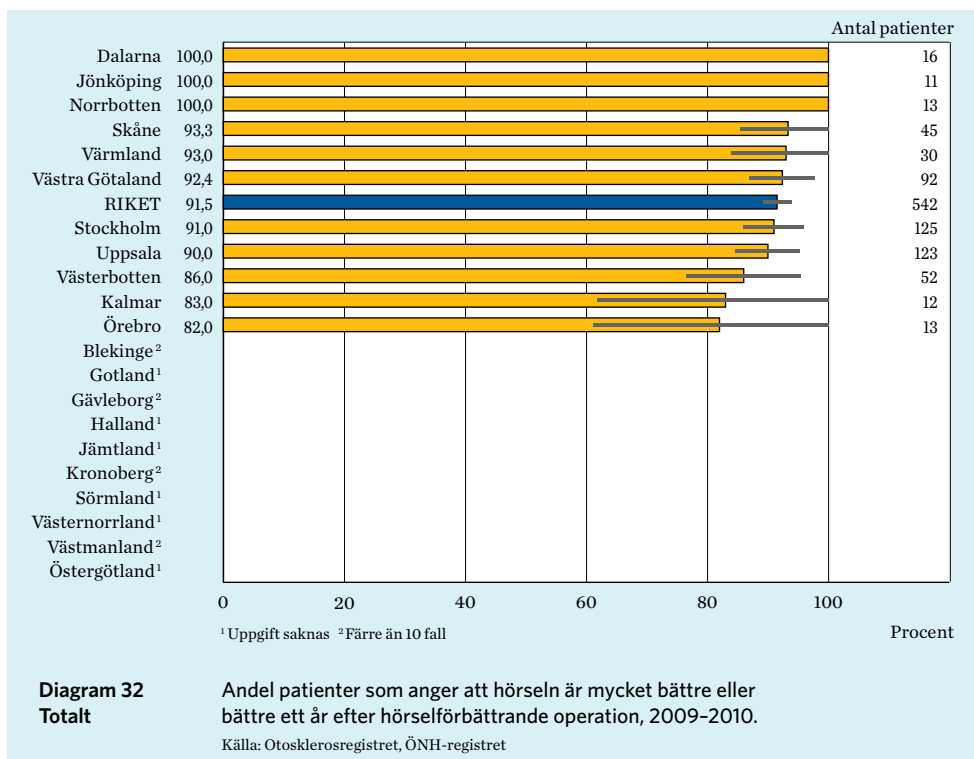


Diagram 31 Hörselvinst ett år efter hörselförbättrande operation, 2009-2010. Hörselvinst anges i decibel.
Sjukhus

Källa: Otoklerosregistret, ÖNH-registret



32 Patientskattat resultat av hörselförbättrande operation

Ett år efter operationen ges patienten möjlighet att besvara en enkät om operationen. En fråga avser hur patienten upplever sin hörsel efter operationen och svarsalternativen är fem, från ”mycket bättre” till ”mycket sämre”. Svarsfrekvensen uppgår till 77 procent i riket.

I diagram 32 visas andelen av de opererade patienterna som svarade att de upplevde sin hörsel som mycket bättre eller bättre ett år efter operationen. Jämförelsen baseras på 542 patienter som opererades 2009–2010. Ingår gör enbart förstagsångsopererade och där benledningen före operationen var < 35 dB (0,5, 1, 2, 4 kHz).

I riket är andelen helt eller mycket nöjda 91,5 procent av alla, väl i linje med internationella resultat. Variationen mellan landsting sträcker sig från 82 till 100 procent. Antalet fall är i flera landsting dock få, vilket visas i diagram.

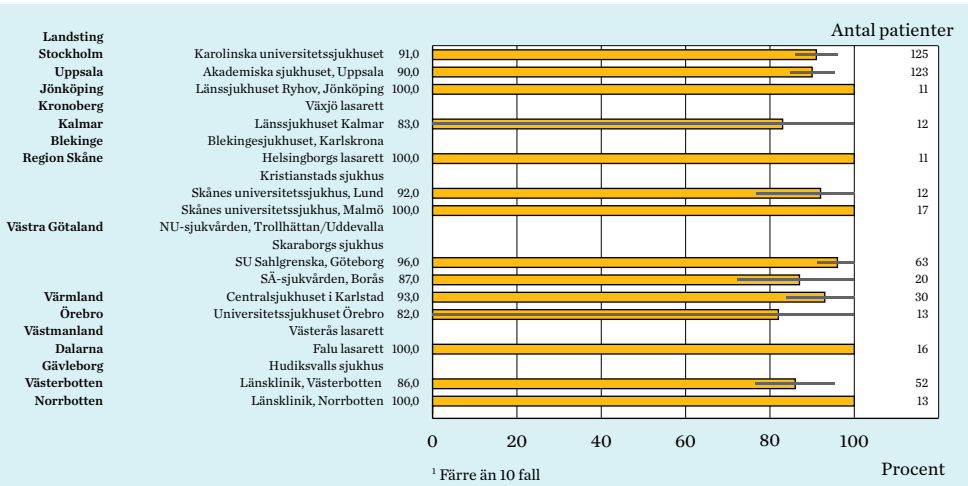


Diagram 32
Sjukhus

Andel patienter som anger att hörseln är mycket bättre eller bättre ett år efter hörsselförbättrande operation, 2009-2010

Källa: Otoklerosregistret, ÖNH-registret

SYSTEMATISKA FEL I LABORATORIERNAS MÄTMETODER KAN PÅVERKA UPPMÄTT KVALITET

Några av de kvalitetsindikatorer som visas i Öppna jämförelser visar mått som baseras på laboratorieresultat. Dessa kommer från 100-tals olika laboratorier och i vissa fall, som för HbA1c, kanske från så många som 500 olika analysinstrument. Jämförbarheten hos laboratorieresultat från olika laboratorieenheter och analystekniker är viktig framförallt ur diagnostisk synpunkt, men även vid kvalitetsjämförelser.

Equalis AB har i uppdrag att erbjuda extern kvalitetssäkring till landets laboratorier. Detta innebär att alla deltagande laboratorier mäter på autentiska men okända, identiska provmaterial varefter resultaten jämförs. En stor andel av landets laboratorier deltar regelbundet i sådana jämförelser. Equalis ägs av SKL, tillsammans med Svenska Läkaresällskapet och Institutet för Biomedicinsk Laborativvetenskap. Här ges två exempel på variation avseende provresultat, båda hämtade från Equalis mätningar.

A Mätkvalitet avseende LDL-kolesterol

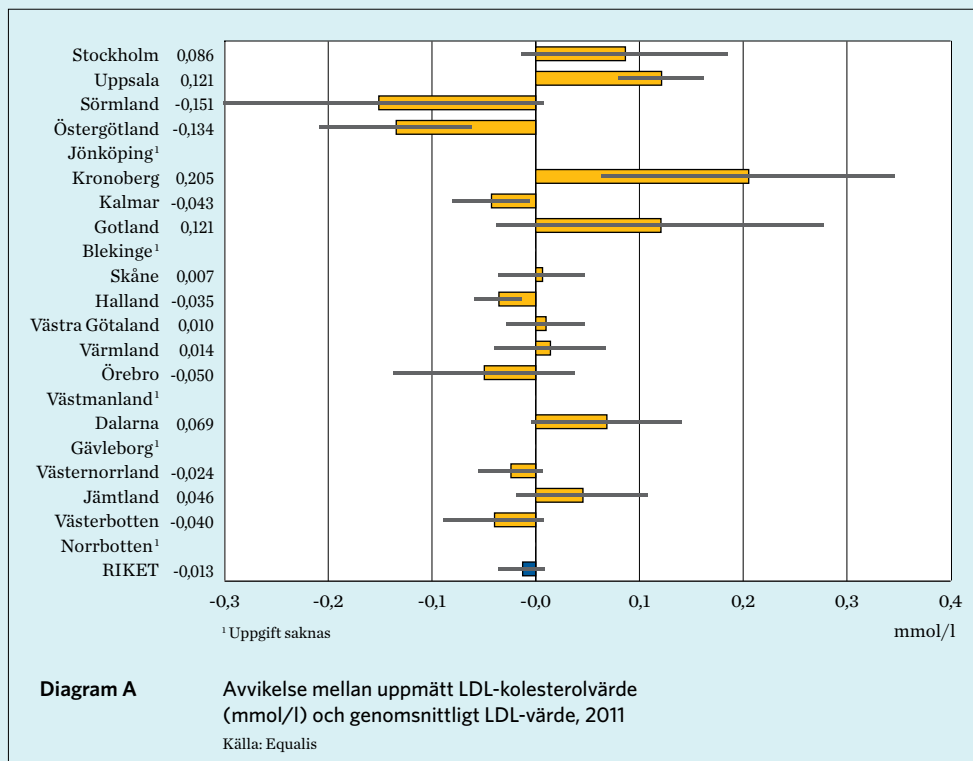
LDL-kolesterol och andelen patienter som når målvärdet för LDL-kolesterol på < 2,5 mmol/l registreras i bland annat Nationella Diabetesregistret och SEPHIA, som följer upp sekundärprevention efter hjärtinfarkt. Laboratorierna mäter, med olika metoder, antalet kolesterolmolekyler som finns i LDL-partiklar i liten volym av serum eller heparinplasma-prov.

Men hur tillförlitligt är egentligen ett laboratorieresultat som "2,6 mmol/l"? Extern kvalitetssäkring visar att när ett och samma provmaterial mäts vid alla laboratorier i landet som mäter LDL-kolesterol, så kan resultatet variera mellan 2,4 och 2,8 mmol/l. Om ett visst laboratorium systematiskt mäter 0,2 mmol/l lägre eller högre LDL-kolesterol än riksgenomsnittet, så påverkar detta andelen patienter som uppmäts nå målvärdet.

Denna typ av systematiska fel beror inte på att laboratoriet gjort något fel, utan uppkommer även om de följer alla anvisningar från det tillverkande diagnostikaföretaget. Felen är i allmänhet knutna till den analysmetod som laboratoriet använder sig av. Detta yttrar sig i att ungefär samma fel iakttas vid samtliga laboratorier som använder sig av samma analysmetod. Felet kan variera över tiden.

Diagram A visar resultatet av mätning av LDL-kolesterol-koncentration i provmaterial som Equalis distribuerat under 2011. Genomsnittsvärdet för alla deltagande laboratorier per respektive län har beräknats och jämförts med det totala medelvärdet. Alla landsting är inte representerade i detta års undersökning.

För LDL-kolesterol finns ingen säker så kallad referensmetod, med vars hjälp man kan bestämma ett sant värde i provmaterialet. I det här fallet måste vi därför nöja oss med relativa jämförelser mellan olika laboratoriers resultat och ett gemensamt medelvärde. Om ett laboratorium i genomsnitt mäter 0,2 mmol/l högre värde än ett annat, så kan vi inte med säkerhet avgöra vilket av de två som mäter mest riktigt.

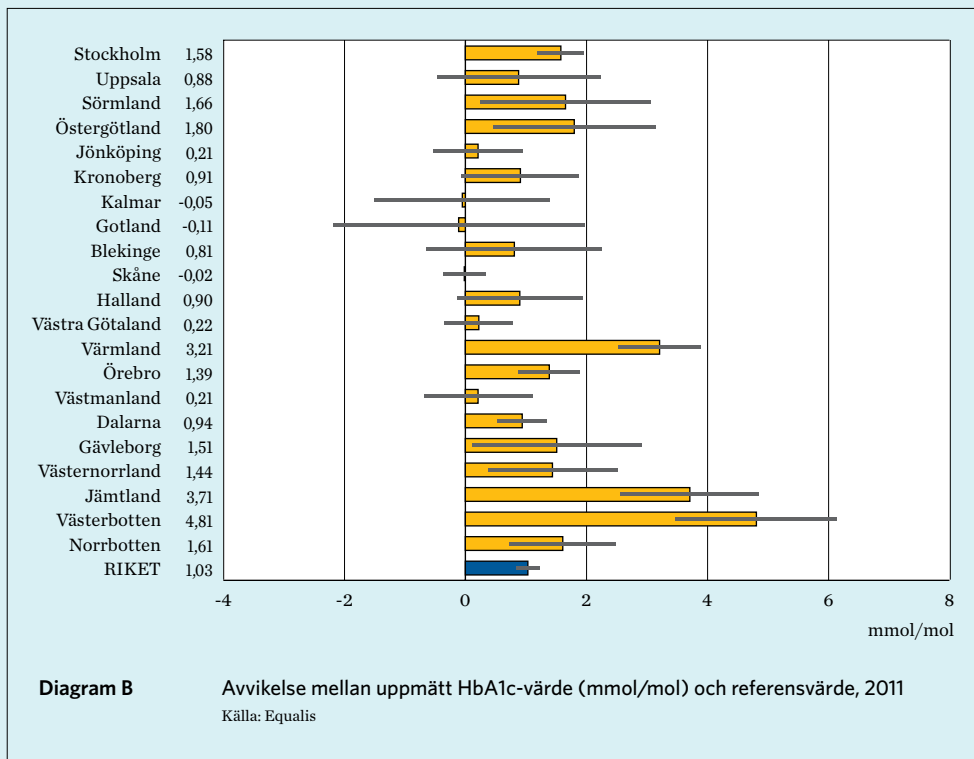


För just LDL-kolesterol finns ytterligare en viktig felkälla att ta hänsyn till. Patientens kroppsläge i samband med provtagningen påverkar nämligen koncentrationen av LDL-kolesterol i blodprovet. Om det finns olikheter i provtagningsrutiner mellan olika landsting så påverkas det uppmätta värdet och därmed resultatet i kvalitetsindikatorn som mäter måluppfyllelse.

B Mätkvalitet avseende långtidsblodsocker - HbA1c

HbA1c är en viktig laboratorievariabel i diabetesvården, med det ofta använda målvärdet <52 mmol/mol. Det finns en accepterad referensmetod för mätning. Genom att använda denna vet Equalis det sanna värdet för de provmaterial som skickas ut för extern kvalitetssäkring av HbA1c-analyserna. Laboratoriernas resultat kan då jämföras med ett sant målvärde, och inte endast mot ett gemensamt medelvärde. Samtliga sjukhuslaboratorier och de flesta andra enheter som mäter HbA1c deltar i Equalis jämförelser 10 gånger per år. Det är sjukhuslaboratorierna som utför flest HbA1c-mätningar.

Diagram B nedan visar det systematiska felet i förhållande till ett sant värde för sjukhuslaboratorierna i de olika landstingen under 2011. Som framgår har sjukhuslaboratorier i flertalet landsting mer eller mindre överskattat HbA1c-värdena under 2011. För de stora landstingen, som Stockholm och Skåne, finns det många laboratorier som bidrar till det gemensamma systematiska felet. Enskilda laboratorier kan mycket väl avvika från det gemensamma landstingsmedelvärdet.



Den för kvalitetsjämförelserna viktigaste slutsatsen av resultaten från Equalis externa kvalitetssäkring är att de ger en indikation på storleksordningen av den här typen av felkällor i kvalitetsregistrens data. Genom att ta hänsyn till sådana fel kan felaktiga slutsatser om skillnader mellan enheter eller över tid undvikas. Som vid alla mätningar gäller att resultaten kan vara användbara även om de inte är perfekta, så länge man försöker skaffa sig kunskap om hur stor osäkerheten är.

Indikatorbeskrivning

SEKUNDÄRPREVENTION EFTER HJÄRTINFARKT

1 Deltagande i uppföljning

Mått

Andel patienter med hjärtinfarkt i RIKS-HIA som deltagit i 12–14-månadersuppföljning, procent.

Beskrivning och syfte

Andel av de som skrivs ut i Riks-HIA som följts upp i SEPHIA. Uppföljning 2, räknat per utskrivande sjukhus. Deltagande i uppföljning är en förutsättning för kvalitetsuppföljning av vården.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal uppföljda efter 12–14 månader.

Nämnare: Antal patienter med hjärtinfarkt i RIKS-HIA.

Enbart patienter yngre än 75 år inkluderade. Avlidna patienter exkluderade.

Datakälla

Swedeheart – SEPHIA

Felkällor

Varierande täckningsgrad.

2 Deltagande i program för fysisk träning

Mått

Andel uppföljda som deltagit i fysiskt träningsprogram, procent.

Beskrivning och syfte

Andel uppföljda patienter i SEPHIA som deltagit i fysiskt träningsprogram.

Fysisk aktivitet är viktigt för att minska risken för ny hjärtinfarkt.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som deltagit i fysisk träning.

Nämnare: Antal uppföljda patienter.

Enbart patienter yngre än 75 år inkluderade.

Datakälla

Swedeheart – SEPHIA

Felkällor

Varierande täckningsgrad.

3 Rökstopp efter hjärtinfarkt

Mått

Andel rökande patienter som vid 12–14-månadersuppföljningen hade slutat röka, procent.

Beskrivning och syfte

Andel rökande patienter som vid 12–14-månadersuppföljningen hade slutat röka.

Rökning är en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning*Täljare:* Antal patienter som slutat röka vid uppföljningen.*Nämnare:* Antal rökande patienter vid insjuknandet i hjärtinfarkt.

Enbart patienter yngre än 75 år inkluderade.

Datakälla

Swedeheart – SEPHIA

Felkällor

Varierande täckningsgrad.

4 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol

Mått

Andel patienter som nått målvärdet för LDL-kolesterol vid uppföljningen av hjärtinfarktpatienter, procent.

Beskrivning och syfte

Andel patienter som nått målvärdet för LDL-kolesterol vid 12–14 månadersuppföljningen av hjärtinfarktpatienter. Målnivån är av Socialstyrelsen satt till < 2,5 mmol/l.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning*Täljare:* Antal patienter med LDL-kolesterol <2,5 mmol/l.*Nämnare:* Antal uppföljda patienter.

Enbart patienter yngre än 75 år inkluderade.

Datakälla

Swedeheart – SEPHIA

Felkällor

Varierande täckningsgrad.

5 Måluppfyllelse för blodtryck

Mått

Andel patienter som nått målnivån för blodtryck vid uppföljningen av hjärtinfarktpatienter, procent.

Beskrivning och syfte

Andel patienter som nått målvärdet för blodtryck vid 12–14 månadersuppföljningen av hjärtinfarktpatienter. Målnivån är av Socialstyrelsen satt till systoliskt blodtryck < 140 mmHg.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning*Täljare:* Antal patienter med systoliskt blodtryck <140 mmHg.*Nämnare:* Antal uppföljda patienter.

Enbart patienter yngre än 75 år inkluderade.

Datakälla

Swedeheart – SEPHIA

Felkällor

Varierande täckningsgrad.

DIAGNOSTIK AV HJÄRTSVIKT

6 Ekokardiografi vid hjärtsvikt

Mått

Andelen patienter med hjärtsvikt som diagnostiserades med ekokardiografi (ultraljudsundersökning av hjärtat), procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter med hjärtsvikt som diagnostiserades med ekokardiografi (ultraljudsundersökning av hjärtat) och är viktig att följa eftersom diagnostisering byggd på enbart symtom och kliniska fynd ger fel diagnos i cirka hälften av fallen. I Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård har ekokardiografi vid misstänkt hjärtsvikt hög prioritet.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal med angiven grad av dysfunktion.

Nämnare: Antal som besvarat frågan om grad av dysfunktion.

Datakälla

Riksvikt – Nationellt kvalitetsregister för hjärtsvikt

Felkällor

Ojämn täckningsgrad.

BEHANDLING AV FETMA HOS BARN

7 Behandlingsresultat efter ett år

Mått

Genomsnittlig viktnedgång efter behandling av barn med fetma, BMI:sd.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar hur mycket de barn som behandlas för fetma i genomsnitt minskar sin övervikt under ett år, där behandlingen startat där barnet varit under 12 år.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Viktförändring mäts i BMI:sd, ett mått på relativ viktförändring som är köns- och åldersoberoende. BMI:sd "0" är det BMI:sd som ett barn med medelvikt har. BMI:sd 2,3 är ungefärligen gränsen för fetma.

Patienter registrerade i BORIS under mätperioden som påbörjat behandling före 12 års ålder.

Täljare: Summan av BMI:sd förändringen i gruppen som behandlats.

Nämnare: Antalet behandlade patienter.

Datakälla

BORIS – Barnobesitasregistret

Felkällor

Svårvärderad och varierande täckningsgrad.

8 Mätning av fasteblodsocker

Mått

Andel patienter där fasteblodsocker kontrollerats vid behandling av barn med fetma, procent.

Beskrivning och syfte

Barn med fetma löper ökad risk att utveckla diabetes och indikatorn är därför ett viktigt processmått.

Typ av indikator

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

Teknisk beskrivning*Täljare:* Antal patienter där fastblodsocker kontrollerats antingen vid inskrivning eller uppföljning.*Nämnare:* Antal patienter.**Datakälla**

BORIS – Barnobesitasregistret

Felkällor

Svårvärderad och varierande täckningsgrad.

DEMENS SJUKDOM

9 Basal demensutredning som underlag för demensdiagnos

Mått

Andelen patienter med demenssjukdom som genomgick basal demensutredning, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter med demenssjukdom som genomgått basal demensutredning definierad enligt Socialstyrelsens riktlinjer, med vilket avses strukturerad anamnes, kognitiv bedömning (MMT, klocktest) blodkemi, och CT eller MR. Det finns idag inget specifikt test eller undersökning som ensamt leder till diagnos. Indikatorn är viktig att mäta eftersom diagnosen ligger till grund för patientens möjligheter att få rätt stöd- och vårdinsatser.

Typ av indikator

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

Teknisk beskrivning*Täljare:* Antal patienter som genomgått basal utredning, dvs kognitiv bedömning, strukturerad anamnes, blodkemi och CT eller MR, till grund för en demensdiagnos. Utredningen är antingen gjord på egna kliniken eller delvis på annan klinik.*Nämnare:* Antal patienter med diagnosticerad demenssjukdom.

Alla patienter som registreras vid sin första demensdiagnos ingår i urvalet. Demensdiagnoser som registreras i SveDem är demens vid Alzheimers sjukdom (tidig respektive sen debut), blanddemens (mix Alzheimers sjukdom och vaskulär demens), vaskulär demens, Lewy body demens, frontotemporal demens, Parkinsons sjukdom med demens, demens UNS och övrig demenssjukdom. Ingen åldersstandardisering är gjord.

Data för landsting avser patientens hemortslandsting.

Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: SveDem – Svenska Demensregistret.

Felkällor

Täckningsgraden uppskattas av registret vara ca 30% på individnivå.

10 Läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom

Mått

Andel patienter med nydiagnosticerad Alzheimers sjukdom med läkemedelsbehandling, procent.

Beskrivning och syfte

Andelen patienter med nydiagnosticerad Alzheimers sjukdom i SveDem som under mätperioden erhållit behandling med demensläkemedel. Tillgängliga demensläkemedel idag utgörs av kolinerashämmare som har indikationen Alzheimers sjukdom av mild till måttlig sjuksgrad samt NMDA-receptorantagonisten memantin som ges vid måttlig till svår sjuksgrad.

Typ av indikator

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som behandlats med demensläkemedel.

Nämnare: Antal nydiagnosticerade patienter under mätperioden i SveDem.

Datakälla

SveDem, Svenska Demensregistret

Felkällor

Täckningsgraden uppskattas av registret vara ca 30% på individnivå. 5 % av registreringarna med diagnosdatum under 2011 antingen saknar värde på variabeln, eller har "Vet ej".

VÅRD VID ÄTSTÖRNING

11 Fri från ätstörningsdiagnos efter behandling

Mått

Andel patienter som inte uppfyller kriterier för ätstörningsdiagnos 12 mån efter behandlingsstart, procent.

Beskrivning och syfte

Andel patienter som inte uppfyller kriterier för ätstörningsdiagnos 12 mån efter behandlingsstart. Måttet syftar till att visa hur många patienter som har svarat snabbt på vården och blivit friska.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter fria från ätstörningsdiagnos 12 månader efter behandlingsstart.

Nämnare: Antal uppföljda patienter 12 månader efter behandlingsstart.

Datakälla

RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörningar

Felkällor

Stor variation i bortfall vid 1-årsuppföljningar mellan regionerna gör siffrorna osäkra.

12 Förbättrad funktionsförmåga vid ätstörning

Mått

Genomsnittlig förbättring i GAF-poäng 1 år efter behandlingsstart.

Beskrivning och syfte

Syftet med indikatorn är att mäta förbättringen hos patienter med ätstörningsdiagnos 1 år efter behandlingsstart.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Förändring i GAF-poäng.

Nämnare: Antal behandlade patienter.

Datakälla

RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörningar

Felkällor

Stor variation i bortfall vid 1-årsuppföljningar mellan regionerna gör siffrorna osäkra.

BIPOLÄR SJUKDOM

13 Deltagande i patientutbildning

Mått

Andel patienter med bipolär sjukdom som deltagit i patientutbildning, procent.

Beskrivning och syfte

Syftet med patientutbildning är att öka patientens kunskap om sin bipolära sjukdom. Den ska även stärka patientens kompetens i att bemästra sin sjukdom, känna igen tidiga tecken på återfall och på så vis förkorta eller förhindra tid i slutenvård genom tidiga ingripanden.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som deltagit i patientutbildning.

Nämnare: Antal patienter registrerade under mätperioden.

Datakälla

Bipolär

Felkällor

Ojämn täckningsgrad.

14 Behandling med litium

Mått

Andelen patienter med bipolärt syndrom typ 1 som förskrevs litium under mätperioden, procent.

Beskrivning och syfte

Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar som förstahandsval behandling med läkemedlet litium i syfte att förebygga återfall hos patienter med bipolärt syndrom.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som vid första uppföljningsregistreringen förskrivits litium.

Nämnare: Antal patienter som genomfört första uppföljning.

Datakälla

Bipolär

Felkällor

Ojämn täckningsgrad.

15 Förbättrad funktionsförmåga efter behandling

Mått

Andel patienter som vid uppföljningsregistrering förbättrats med 5 poäng eller mer på GAF funktionskattning, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att beskriva hur väl patienten kan hantera olika situationer i det dagliga livet. Bedömes av behandlaren, ej patienten själv.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som förbättrats med 5 poäng eller mer vid uppföljning.

Nämnare: Antal uppföljda patienter.

Datakälla

Bipolär

Felkällor

Ojämn täckningsgrad.

16 Patientens självrapporterade hälsa

Mått

Genomsnittliga värdet för självrapporterad hälsa enligt VAS-skalan.

Beskrivning och syfte

Ett av de centrala uppdragen i rättspsykiatrisk vård är att vidmakthålla eller förbättra patientens hälsa såväl psykiskt som somatiskt. Syftet med denna indikator är att få en bild av patientens upplevda hälsa.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Patienterna skattar sin hälsa på en skala från 0–100. Genomsnittliga värdet presenteras.

Datakälla

RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

Felkällor

Patienterna kan i sin sjukdom eventuellt ha svårigheter att tolka en VAS-skala.

17 Förbättrad symtombild

Mått

Andelen patienter som vid mättilfället bedömdes ha en förbättrad symtombild, procent.

Beskrivning och syfte

Syftet med indikatorn är att kunna följa hur väl den rättspsykiatriska verksamheten lyckas förbättra patientens symtombild. Ett uppenbart syfte med vården är att behandla patientens sjukdom och därmed mildra patientens symtom.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med förbättrad symtombild jämfört med tidigare.

Nämnare: Totalt antal patienter.

Datakälla

RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

Felkällor

Subjektiv tolkning av patientens symtom.

18 Förbättrad skuldsituation

Mått

Andel patienter med förbättrad skuldsituation, procent.

Beskrivning och syfte

Syftet med indikatorn är att rikta uppmärksamhet mot patientens ekonomi under vårdtiden. En ekonomi i balans är en central förutsättning för att patienten ska ha förutsättningar att leva ett så normalt liv som möjligt i samhället efter utskrivning.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med förbättrad skuldsituation sedan tidigare mättilfälle.

Nämnare: Antal patienter med minst 2 mättilfällen.

Datakälla

RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

Felkällor

Tolkningsproblem kring hur skuldsituationen förändrats.

19 Spirometri vid KOL

Mått

Andel patienter med KOL med utförd spirometri, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen patienter med KOL som under mätperioden utfört spirometriundersökning. Spirometriundersökningen är ett viktigt instrument såväl för diagnosticering som uppföljning av KOL-sjukdomen för att kunna anpassa behandlingen.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som utfört spirometri.

Nämnare: Alla patienter.

Datakälla

Luftvägsregistret

Felkällor

Ojämn täckningsgrad.

20 Tillfrågats om rökning vid KOL

Mått

Andel patienter med KOL som tillfrågats om rökning, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen patienter med KOL som tillfrågats om rökvanor under mätperioden. Ett rökstopp gör att utvecklingen av sjukdomen avstannar och det är därför nödvändigt att patienten tillfrågas om sina rökvanor.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som tillfrågats om rökning.

Nämnare: Alla patienter.

Datakälla

Luftvägsregistret

Felkällor

Låg täckningsgrad.

21 Dietistkontakt vid lågt BMI

Mått

Andel patienter med KOL och BMI < 22 som erbjudits dietistkontakt, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen patienter med KOL och BMI < 22 som erbjudits dietistkontakt. BMI < 22 indikerar att patienten är undernärdd vilket bör behandlas för bättre prognos.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med BMI < 22 som erbjudits dietistkontakt.

Nämnare: Alla patienter med BMI < 22.

Datakälla

Luftvägsregistret

Felkällor

Låg täckningsgrad.

22 Influensavaccination vid KOL

Mått

Andel patienter med KOL som vaccinerades mot influensa, procent.

Beskrivning och syfte

Eftersom en person med KOL löper ökad risk att få svårare komplikationer efter infektioner så rekommenderas vaccination mot influensa. Indikatorn visar andelen patienter med KOL som vaccinerats mot influensa.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter vaccinerade mot influensa.

Nämnare: Alla patienter.

Datakälla

Luftvägsregistret

Felkällor

Låg täckningsgrad.

PALLIATIV VÅRD

23 Täckningsgrad för palliativregistret

Mått

Andel registrerade dödsfall i palliativregistret, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta täckningsgraden i palliativregistret.

Typ av indikator

✓ Strukturindikator Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antalet registrerade.

Nämnare: Totalt antal dödsfall.

Datakälla

Svenska Palliativregistret

24 Förekomst av trycksår av grad 2-4

Mått

Andel patienter med förekomst av trycksår av grad 2-4 vid dödsfallet, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen patienter med förekomst av trycksår grad 2-4 vid väntade dödsfall.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med trycksår av grad 2-4 vid dödsfallet.

Nämnare: Totalt antal patienter ("Vet ej"-svar ingår i nämnaren).

Datakälla

Svenska Palliativregistret

Felkällor

Låg täckningsgrad.

25 Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel

Mått

Andelen patienter som hade en vid behovsordination av ångestdämpande läkemedel vid dödsfallet, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen patienter som hade en vid behovsordination av ångestdämpande läkemedel vid dödsfallet.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med vid behovsordination av ångestdämpande läkemedel vid dödsfallet.

Nämnare: Antal dödsfall (vet ej-svar ingår inte i nämnaren).

Datakälla

Svenska Palliativregistret

Felkällor

Låg täckningsgrad.

26 Munhälsobedömning under sista levnadsveckan

Mått

Andel patienter som hade en munhälsobedömning gjord under sista levnadsveckan, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andel patienter som hade en munhälsobedömning gjord under sista levnadsveckan, procent.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med munhälsobedömning gjord sista levnadsveckan.

Nämnare: Totalt antal patienter (vet ej-svaren ingår i nämnaren).

Datakälla

Svenska Palliativregistret

Felkällor

Låg täckningsgrad.

27 Regelbunden användning av symtomskattningsinstrument

Mått

Andelen patienter där symtomskattningsinstrument regelbundet använts, procent.

Beskrivning och syfte

Regelbunden användning av symtomskattningsinstrument rekommenderas högt i de nationella riktlinjerna.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter där symtomskattningsinstrument regelbundet använts.

Nämnare: Totalt antal patienter (vet ej-svar ingår inte i nämnaren).

Datakälla

Svenska Palliativregistret

Felkällor

Låg täckningsgrad.

OPERATION FÖR GIFTSTRUMA OCH PHPT

28 Stämbandsförflamning efter operation för giftstruma

Mått

Andel patienter behandlade för giftstruma (Graves sjukdom) med stämbandsförflamning efter behandling, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn mäter en av de två viktigaste komplikationerna till kirurgisk behandling av Graves.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Alla förstagångsopererade patienter med Graves sjukdom under mätperioden. Procentuell andel med stämbandsförflamning efter 6 månader. Separat analys är gjord för att korrigera för bortfall och detta har inte påverkat resultatet.

Täljare: Antal förstagångsopererade patienter med stämbands pares efter 6 månader.

Nämnare: Totala antalet förstagångsopererade patienter.

Datakälla

Skandinaviska kvalitetsregistret för sköldkörtel-, bisköldskörtel- och binjurekirurgi

29 D-vitaminbehandling (bisköldkörtelskada) efter operation för giftstruma

Mått

Andel patienter med D-vitaminbehandling (sköldkörtelskada) efter operation för giftstruma, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn mäter en av de två viktigaste komplikationerna till kirurgisk behandling av giftstruma är således ett mått på resultat.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Alla förstagångsopererade patienter vid Graves sjukdom under mätperioden ingår.

Täljare: Antalet förstagångsopererade patienter med D-vitaminbehandling efter 6 månader.

Nämnare: Totala antalet förstagångsopererade.

Datakälla

Skandinaviska kvalitetsregistret för sköldkörtel-, bisköldskörtel- och binjurekirurgi

30 Kvarstående höga kalkvärden (hyperkalcemi) efter operation av PHPT

Mått

Andel patienter behandlade för primär hyperparathyroidism (PHPT) som 6 månader efter behandling har höga kalkvärden, procent.

Beskrivning och syfte

Kvarstående hyperkalcemi efter 6 månader indikerar misslyckad operation

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Patienter opererade och registrerade i kvalitetsregistret under mätperioden. Enbart förstagångsopererade och patienter med icke-ärfvlig PHPT ingår.

Täljare: Antal patienter med kvarstående hyperkalcemi 6 månader efter PHPT-operation.

Nämnare: Totalt antal operationer för PHPT.

Datakälla

Skandinaviska kvalitetsregistret för sköldkörtel-, bisköldkörtel- och binjurekirurgi

Felkällor

94 % av alla PHPT-operationer utförs av kliniker anslutna till registret.

HÖRSELFÖRBÄTTRANDE OPERATION

31 Hörsselförbättring efter operation

Mått

Uppnådd genomsnittlig hörselvinst 1 år efter operation, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar den uppnådda genomsnittliga hörselvinsten (luftledningsvinsten) i decibel 1 år efter operation. Gäller patienter med otoskleros.

Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Hörselvinst mätt i decibel.

Nämnare: Antal operationer.

Datakälla

Otosklerosregistret – ÖNH-registret

Felkällor

Täckningsgraden ca 80%.

32 Patientskattat resultat av hörsselförbättrande operation

Mått

Andel patienter med otoskleros som upplevde hörsselförbättring 1 år efter operation, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen patienter som 1 år efter operation upplevde hörseln ”bättre” eller ”mycket bättre” än innan operationen. Avser patienter med otoskleros.

Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som besvarat enkäten med ”bättre” eller ”mycket bättre”.

Nämnare: Antal opererade patienter.

Datakälla

Otosklerosregistret – ÖNH-registret

Felkällor

Täckningsgraden ca 80 %.

Kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården

I november 2012 kom den sjunde publikationen i rapportserien Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Rapporten innehåller 169 indikatorer som speglar olika aspekter av hälso- och sjukvården. Ändå saknas kvalitetsindikatorer på viktiga områden inom hälso- och sjukvården.

Denna rapport innehåller ytterligare ett 30-tal kvalitetsindikatorer från ett urval kvalitetsregister, som komplement till Öppna jämförelser. Det övergripande syftet är detsamma som i huvudrapporten Öppna Jämförelser, men rapporten skall även ses i ljuset av SKL:s uppgift att uppmärksamma och stötta indikatorutvecklingen inom de nationella kvalitetsregistren.

Flera av indikatorerna är från register där det är önskvärt med en ökad rapportering och en bättre täckningsgrad.

Sveriges Kommuner och Landsting
ISBN 978-91-7164-922-5